

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA APENDICECTOMIA

**DECLARO:**

Que el/la Doctor/a \_\_\_\_\_ me ha explicado que es necesario proceder, en mi situación a una **Apendicetomía**.

Y en tales condiciones \_\_\_\_\_ que se me realice una **Apendicetomía**.  
(Consiento o Rechazo)

En, \_\_\_\_\_  
(Lugar)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_  
Fecha

Firma: Médico	Firma.: Paciente	Firma: Representante legal o familiar
---------------	------------------	---------------------------------------