

REVOCACION

Don-ña:..... de..... años de edad
(Apellido y nombres del paciente)

DNI N° con domicilio en

Don-ña:..... de..... años de edad
(Apellido y nombres)

DNI N° con domicilio en

en calidad de de
(familiar, representante legal (Apellido y nombres del paciente)
o responsable)

REVOCO el consentimiento anteriormente prestado en fecha y no
deseo proseguir con el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado asumiendo
personalmente los riesgos y consecuencias que esto me implique y liberando a los
médicos actuantes de toda responsabilidad por lo que pudiera ocurrirme.

En
(Lugar y fecha)

.....
Firma del paciente

.....
Firma del representante Legal

.....
Firma del Médico