

## RECHAZO O REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

### 1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: .....Apellidos.....

### 2.- INFORMACIÓN GENERAL.

Luego que he sido debidamente informado y que conozco los riesgos y beneficios del tratamiento médico o quirúrgico, **declaro que no es mi deseo** continuar con el tratamiento y/o pruebas diagnósticas propuestas por el médico tratante, asumiendo la responsabilidad de los riesgos y posibles consecuencias de mi decisión.

### 3. DECLARO

Por mí mismo / en representación del paciente ya individualizado, dejo constancia de mi decisión de:

Revocar la autorización que firmé con anterioridad, en documento de consentimiento informado.

Rechazar la cirugía, procedimiento o exámenes propuestos.

En tales condiciones REVOCO O RECHAZO que se me efectúe la cirugía, procedimiento o exámenes de.....

.....

En Los Andes .....de..... del 201.....

RUN. .... Firma Paciente.....

### REPRESENTANTE LEGAL.

Nombre: ..... Apellidos.....,

RUN. .... Firma Representante legal.....

### IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO (NOMBRE Y 2 APELLIDOS O TIMBRE)

.....

RUN. .... Firma Médico.....