……………………………., …….. de ……………………………… de 20….

DIA MES

(CIUDAD)

……:……

(HORA)

**REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, ……………………………..………………….….………….……..……..…..; con CC:……………………………..; libre y voluntaria, revoco el consentimiento realizado en fecha ………………………………………….y manifiesto expresamente mi deseo no continuar con el procedimiento médico que doy por finalizado en esta fecha:…………………………………………………………………………….. Libero de responsabilidades futuras de cualquier índole al establecimiento de salud y al profesional sanitario que me atiende.

(NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre completo del paciente Cédula de ciudadanía Firma del paciente o huella

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del profesional acreditado Cédula de ciudadanía Firma, sello y código del profesional

***Si el paciente no está en capacidad para firmar el consentimiento informado:***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del representante legal Cédula de ciudadanía Firma del representante

Parentesco*:…………………………………………………………..*