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

DIA MES

(CIUDAD)

……:……

(HORA)

**FORMULARIO DE DESERCIÓN A LA LISTA DE ESPERA ÚNICA NACIONAL**

Yo, ……………………………..………………….….………….……..……..…..; con CC:……………………………..; libre y voluntaria, deserto de la Lista de Espera Única Nacional ………………………………… Libero de responsabilidades futuras de cualquier índole al establecimiento de salud y al profesional sanitario que me atiende.

(Órgano o tejido)

(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*:…………………………………………………………..*