

CIC:

Fecha:

Nombre :

1° apellido

2° apellido:

Servicio-Unidad :

El Paciente

Nombre, dos apellidos

Firma y fecha

El Médico

Nombre, dos apellidos y nº de colegiado del/de la médico/a

Firma y fecha

Representante: en caso de incapacidad del paciente o menor de edad

Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal
.....

Firma y fecha

DESISTIMIENTO del paciente o representante legal

Comprendo el alcance y los riesgos de NO SOMETERME al procedimiento indicado. Y en tales condiciones ejerzo mi derecho de desistimiento

Firma y fecha