

DOCUMENTO DE DENEGACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Nº Historia:
D.: de años de edad,
Con domicilio en y DNI Nº
D./dña.: de años de edad,
Con domicilio en y DNI Nº
En calidad de de

DECLARO

Que el Doctor/a Don/Doña:, me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar una que tiene por objeto

El Doctor me ha informado de los riesgos que se derivan de no realizarse la técnica, que son

Y que en mi caso pueden acrecentarse por

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en lenguaje claro y sencillo, y el facultativo me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecha de la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos de NO SOMETERME al procedimiento indicado.

Y en tales condiciones NO CONSIENTO someterme a

En, a

Fdo: El/la Médico Fdo: El Paciente Fdo: El representante legal, familiar o allegado