1

Fecha: _____ Hora: _____ Servicio: _____

Procedimiento, Actividad O Tratamiento: _____

_____

NOMBRE DEL USUARIO: _____

Tipo Documento: C.E: __C.C: __T. I: ___R.C: __Ms: __A. S: __ Identificación: _____

Nota: cuando se trate de un menor de edad, o el paciente no esté en capacidad de otorgar el disentimiento será la persona que la representa (se requiere que sea mayor de edad), la encargada de firmar el presente documento.

Por medio de la presente constancia, y en pleno uso de mis facultades mentales, otorgo de forma libre mi disentimiento, para la realización de (los) procedimiento(s):_____

_____

Entiendo que este procedimiento hace parte del plan de tratamiento instaurado y que el personal médico y de salud se encuentra debidamente capacitado; también declaro que se me ha explicado las posibles complicaciones que se derivan por la no realización del procedimiento, así como de las posibles alternativas terapéuticas; no obstante, me niego al mismo, asumiendo los riesgos bajo mi propia responsabilidad y en constancia de ellos firmo el presente documento.

_____ _____

Nombre del paciente o responsable Firma del paciente o responsable

Tipo doc.: __ N° doc.: _____ N° de teléfono: _____

Certifico que he explicado la naturaleza, el propósito, las ventajas y los riesgos del procedimiento y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende todo lo explicado.

_____ _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL **FIRMA Y REGISTRO PROFESION**