FECHA: _____

YO,
_____

Con Documento de Identidad: _____

Por medio de la presente constancia, en pleno uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi disentimiento, para la realización del siguiente procedimiento:

CITOLOGÍA CERVICO – UTERINA.

Entiendo que este procedimiento hace parte del plan de tratamiento instaurado y que el personal de salud responsable del procedimiento posee la idoneidad y el entrenamiento suficiente; me ha sido explicada las implicaciones y posibles complicaciones por su no realización y alternativas terapéuticas; no obstante, me niego al mismo, asumiendo los riesgos bajo mi propia responsabilidad y en constancia de ello lo firmo:

_____ _____
Nombre del Paciente o Responsable **Firma**

_____ _____
Documento **Teléfono o Celular**

Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas y riesgos del procedimiento y he contestado todas las preguntas. Considero que la paciente y/o familiar comprende todo lo explicado.

_____
Firma del Profesional.