

# Rechazo o revocación de consentimiento informado

Fecha:

Nombre y Apellidos del Paciente:

Cédula de Identidad:

Nombre y Apellidos del Representante o Responsable:  
(Sólo en caso de menores de edad o incapacidad del Paciente)

Cédula de Identidad:

Especifique el nombre del procedimiento o intervención que rechaza o revoca:

## Rechazo

Yo \_\_\_\_\_ mediante el presente documento declaro que **RECHAZO** el procedimiento anteriormente escrito. Declaro además conocer los objetivos, características, riesgos y beneficios del procedimiento rechazado.

\_\_\_\_\_

Firma del Paciente

\_\_\_\_\_

Firma Representante Legal o Responsable  
(Solo en caso de menores de edad o incapacidad del Paciente)

## Revocación o Arrepentimiento

Yo \_\_\_\_\_ mediante el presente documento declaro la **REVOCACIÓN** del Consentimiento Informado firmado el día \_\_\_\_\_ en que consentí la realización del procedimiento antes descrito.

\_\_\_\_\_

Firma del Paciente

\_\_\_\_\_

Firma Representante Legal o Responsable  
(Solo en caso de menores de edad o incapacidad del Paciente)

Nombre y Apellidos del Profesional que toma conocimiento:

Firma del Profesional: