

CIC:

Fecha:

Nombre :

1° apellido

2° apellido:

Servicio-Unidad :

### El Paciente

Nombre, dos apellidos

Firma y fecha

### El Médico

Nombre, dos apellidos y n° 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