

## MÉDICO

Por el presente hago constar que he explicado la naturaleza, efectos, riesgos y alternativas del procedimiento arriba mencionado al paciente, quien comprende y consiente mediante su firma conforme.

.....  
Firma y Sello del Médico

## REVOCACIÓN

Don-ña: ..... de ..... años de edad  
(Apellido y nombres del paciente)

DNI. N° ..... con domicilio en .....

Don-ña: ..... de ..... años de edad  
(Apellido y nombres)

DNI. N° ..... con domicilio en .....

en calidad de ..... de .....  
(familiar, representante legal (Apellido y nombres del paciente)  
o responsable)

REVOCO el consentimiento anteriormente prestado en fecha ..... y no deseo proseguir con el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado asumiendo personalmente los riesgos y consecuencias que esto me implique y liberando a los médicos actuantes de toda responsabilidad por lo que pudiera ocurrirme.

En .....  
(Lugar y fecha)

.....  
Firma del Paciente

.....  
Firma del representante Legal

.....  
Firma del Médico