Fecha: ____/____/_____

Expreso que me ha sido debidamente explicado el procedimiento a realizar y que entiendo todo lo que en él se describe, y **RECHAZO** que el personal asistencial de CIFEL S.A.S, realice el procedimiento.
Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición y del procedimiento que será realizado, de los riesgos que ello conlleva y que dispongo de toda la información necesario para dar mi disentimiento informado.

Autorización a mi familiar y/o cuidador

Ante la imposibilidad de mi familiar _____ identificado con (CC) (CE) número _____, yo _____ identificado con (CC) (CE) número _____ en mi calidad de cuidador, **RECHAZO** que el personal asistencial de CIFEL S.A.S, realice el procedimiento.

_____

Firma del paciente o responsable
Nombre:
CC:
Teléfono:

_____

Firma del Médico
Nombre:
RM: