

Fecha de obtención del CI: _____

Hipótesis Diagnóstica: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente: _____ Rut: _____

Representante legal (si corresponde): _____ Rut: _____

Por mí mismo / en representación del paciente ya individualizado, dejo constancia de mi decisión de:

Revocar la autorización que firmé con anterioridad, en documento de consentimiento informado

Rechazar la cirugía y/o procedimiento descrito en el documento de consentimiento informado

En tales condiciones **REVOCO O RECHAZO** que se me efectúe la cirugía mayor ambulatoria programada.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal