

Fecha de obtención del CI: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Médico (Primer nombre y dos apellidos): \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_

Paciente (Primer nombre y dos apellidos): \_\_\_\_\_ 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** el procedimiento descrito en el documento de consentimiento informado

En tales condiciones **REVOCO O RECHAZO** que se me efectúe el procedimiento programado.

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma Representante Legal