

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: _____

Declaro que he sido debidamente informado y que entiendo el problema de salud que me aqueja o a mi familiar, y que consciente de los riesgos y eventuales complicaciones que pudieran derivar de no aceptar las indicaciones planteadas por el Doctor, he decidido bajo mi responsabilidad no someterme a:

Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición y acerca de formas alternativas de tratamiento.

También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal