

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPACITADO, DATOS DEL RESPONSABLE LEGAL:

D/Dña:.....
con D.N.I. nº

Declaro que he recibido información sobre las características de la prueba y los riesgos que su realización conlleva, así como que estoy satisfecho con la información recibida y que la he comprendido.

Decido(SI / NO) dar mi consentimiento para que se efectúe la prueba por los profesionales adecuados que se precisen, y soy responsable de las consecuencias de mi decisión.

Málaga a.....de.....de

FIRMADO

El paciente o responsable legal

Observaciones _____

Decido revocar mi consentimiento.....Firmado.....

Revisado por.....