



✓ Doy el consentimiento para el fotografiado o la filmación del procedimiento que se va a realizar, incluyendo cualquier parte de mi cuerpo, con la finalidad de documentar el caso. Mi identidad no será revelada en las imágenes.

Por tanto **DOY MI CONSENTIMIENTO** a la práctica del procedimiento que se me propone

Firma del médico informante

Firma del paciente informado o representante legal

Nº Colegiado: .....

D.N.I : .....

## REVOCACIÓN

Don/Doña.: _____ <i>(Nombre y dos apellidos del paciente)</i>	de _____ años de edad,
Con domicilio en: _____ <i>(Domicilio del paciente)</i>	y DNI: _____

Don/Doña.: _____ <i>(Nombre y dos apellidos del representante legal)</i>	de _____ años de edad,
Con domicilio en: _____ <i>(Domicilio del representante legal)</i>	y DNI: _____
En calidad de _____ <i>(Representante legal, familiar o allegado)</i>	de _____ <i>(Nombre y dos apellidos del paciente)</i>

**REVOCO** el consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_ y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
*(Lugar)* *(Fecha)*

Firma del médico informante

Firma del paciente informado o representante legal

Nº Colegiado: .....

D.N.I : .....