



## FORMATO DE DESESTIMIENTO

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Documento de identidad: \_\_\_\_\_

Yo, el(la) suscrito(a), manifiesto que he recibido la información completa acerca del procedimiento de enfermería, sus beneficios, riesgos y alternativas.

Después de analizar la información y resolver mis dudas, decido NO autorizar la realización del procedimiento por voluntad propia.

Entiendo las posibles consecuencias de esta decisión y libero al personal de enfermería y a la institución de responsabilidad derivada de la no realización del mismo.

Firma paciente/acudiente: \_\_\_\_\_

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Firma de enfermería: \_\_\_\_\_

Nombre completo: \_\_\_\_\_