

70-44.26

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: _____