



Instituto Municipal de Pensiones
Revocación de Acto Médico Específico



Datos del Paciente

Nombre del paciente: _____

Sexo: H M Fecha de nacimiento ____/____/____ edad ____ años No. afiliación _____

¿la edad y/o estado de conciencia del paciente le permite firmar este documento?

Sí No

Datos del Acto Médico

Diagnóstico principal _____

Acto médico _____

Riesgos del acto médico

Beneficios del acto médico

Datos del profesional de la salud que proporciona la información, recaba el consentimiento y es realiza del acto médico autorizado

Nombre _____

Puesto _____ Cédula Profesional _____ Firma _____

Yo o representante legal _____

Reconozco que se me ha explicado y he comprendido con total claridad el acto médico descrito en los apartados anteriores de este documento, me han informado los beneficios y riesgos del mismo, las probables complicaciones y otras alternativas que pudieran serme útiles, por lo que, por decisión propia, manifiesto de forma libre y consciente la REVOCACIÓN de su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión.

Chihuahua, Chihuahua, México, a ____ de ____ del 20 ____ Hora ____: ____ hrs

Nombre completo del paciente o su representante legal

Firma del paciente o su representante legal

Nombre completo y firma del Testigo 1

Nombre completo y firma del Testigo 1