

**PACIENTE**

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_

**REPRESENTANTE LEGAL (si corresponde)**

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_

**DIAGNOSTICO(S):**

\_\_\_\_\_

**PROCEDIMIENTO A REALIZAR:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ consciente de mis actos, en forma libre y voluntaria, declaro que revoco la autorización dada, a través del *Consentimiento Informado*, firmado anteriormente para realizarme el procedimiento arriba descrito.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante legal

Quilpué a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_