

DENEGACIÓN O RECHAZO

Santiago.....de.....de.....a las.....hrs.

Según lo expuesto anteriormente **deniego o rechazo** en forma libre y voluntaria a ser sometido

a.....
.....

haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

.....

Firma y RUN
Médico que informa

.....

Firma Paciente o Representante legal