

Derecho a Rechazar el Tratamiento

Al dar mi consentimiento general para el tratamiento, entiendo que conservo el derecho a rechazar cualquier examen, prueba, procedimiento, tratamiento, terapia o medicamento recomendado o considerado medicamente necesario por los proveedores de atencion medica que me tratan. Tambien, entiendo que la practica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han dado garantias en cuanto a los resultados de mi evaluacion y / o tratamiento.

NOMBRE DEL PACIENTE

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA