

Negativa o Revocación del Consentimiento al Tratamiento

PARTE I

_____, una persona de esta institución, niega el consentimiento revoca el consentimiento previo;

O _____, el curador, representante del curador, o responsable/apoderado para la atención médica de _____, una persona discapacitada o incompetente para prestar su consentimiento al tratamiento en esta institución, niega el consentimiento revoca el consentimiento previo para: todo tratamiento, **o** el siguiente tratamiento: _____

El motivo de esta negativa/revocación, si lo hubiera, es: _____

Firma del Adulto Competente (o personal en caso de ser una negativa oral) Fecha _____ a.m. p.m.

En caso de tratarse de una persona incompetente, firma del curador Fecha _____ a.m. p.m.

Curador, Representante de curador
 Responsable para la Atención Médica, Apoderado para la Atención Médica

PARTE II Respuesta de la Institución

Una persona en condición de paciente voluntario que ha sido admitida en una institución y que niegue o revoque el consentimiento para un tratamiento será dado de alta dentro de las 24 horas posteriores a dicha negativa o revocación, salvo que la persona sea transferida a la condición de paciente involuntario o salvo que la negativa o revocación sea libre y voluntariamente anulada por la persona. El curador, representante del curador o responsable/apoderado para la atención médica tiene derecho a negar o revocar el consentimiento al tratamiento. La decisión del curador, representante del curador o defensor/apoderado para la atención médica podrá ser revisada por el tribunal, a pedido del abogado y la familia de la persona o el administrador de la institución.

La respuesta de la institución a la negativa/revocación del consentimiento fue: _____

Firma del Personal Profesión _____

Nombre del Personal Fecha _____ a.m. p.m.

PARTE III Retiro de Negativa o Revocación del Consentimiento al Tratamiento

El abajo firmante, _____, libre y voluntariamente retira la negativa o revocación previa del consentimiento al tratamiento por los siguientes motivos: _____

Firma de la Persona Autorizada para Tomar Decisiones Fecha _____ a.m. p.m.
 Persona, Curador, Representante de Curador,
 Responsable para la Atención Médica, Apoderado para la Atención Médica

Firma del Testigo Documentos Fecha _____ a.m. p.m.