

**DISENTIMIENTO:** Si usted **NO desea que se le realice el tratamiento**, es también un derecho que debe respetarse por lo tanto firme como constancia de su decisión, así las cosas: NO AUTORIZO la realización del procedimiento(s) renuncio a sus beneficios y haciéndome responsable de las posibles complicaciones de la no ejecución. Declaro que he leído y entendido el presente consentimiento informado y que NO estoy de acuerdo con lo estipulado en él y por ende no podré recibir mi tratamiento terapéutico en domicilio con el programa ATENCIÓN DOMICILIARIA.

<b>PROCEDIMIENTO, ACTIVIDAD O TRATAMIENTO:</b>	<b>FECHA:</b>
<b>NOMBRE DEL USUARIO:</b>	<b>DOCUMENTO:</b>
<b>NOMBRE DEL REPRESENTANTE:</b>	<b>DOCUMENTO:</b>
Por medio del presente documento, en pleno uso de mis facultades, actuando en nombre propio (o en representación del paciente), manifiesto de forma libre e informada mi disenso para la realización del (los) procedimientos(s):	
De igual manera, comprendo que este(a), (os) procedimiento(s), actividad(es) o tratamiento(s) hace(n) parte del plan de manejo propuesto y que el profesional en medicina tratante posee la idoneidad suficiente, así mismo he sido informado(a) sobre las implicaciones derivadas, no obstante me niego al mismo, asumiendo los riesgos bajo mi propia responsabilidad.	
<b>Firma del usuario o su responsable:</b>	<b>Firma del Médico y/o profesional tratante:</b>
<b>Documento de Identidad:</b>	<b>Registro Médico y/o actividad del profesional tratante:</b>