

## ***DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO***

Yo .....como  
paciente o ..... como su representante  
legal en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, declaro que he leído la hoja de  
información y que he recibido información verbal del procedimiento Inyectología  
Intramuscular, y se me ha permitido aclarar las dudas, Declaro no haber omitido ni alterado  
datos sobre mi estado de salud, como enfermedades, alergias o riesgos personales.  
Declaro comprender que en cualquier momento y sin necesidad de dar alguna explicación,  
puedo revocar el consentimiento que ahora presto, por lo anterior comprendiendo su  
indicación y riesgos, CONSIENTO en que se me realice el procedimiento

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente o Representante  
C.C. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante

Nombre de quien realiza el Procedimiento \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_