



## DESESTIMIENTO DE SERVICIOS GENERAL

FECHA: \_\_\_\_\_

Estimado paciente:

Lea atentamente este formulario de desistimiento y diligencie todos los datos solicitados. Si aún tiene alguna inquietud, siéntase en libertad de realizar las preguntas necesarias para resolverlas a cabalidad antes de completar este formato.

Nombre del procedimiento a realizar:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ Identificado con  
cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ He decidido no permitir la  
realización del procedimiento en mención, voluntariamente haciendo uso de mi derecho, sin que esto  
ocasiona ningún tipo de represalia contra mí, siendo expuestos mis motivos de desistimiento a  
continuación:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Afirmo que bajo mi responsabilidad decido desistir y en consecuencia declaro que ni la institución, ni  
su personal serán responsables en caso de complicaciones.

\_\_\_\_\_

Firma del paciente (o representante legal)

C.C