



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 ocasione 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