



190 Hatcher Ln, Suite B
Clarksville, TN 37040
TELÉFONO: 931-221-0902 /NÚMERO DE FAX: 931-221-0602

Formulario de denegación informada

Mi médico, el **Dr. Gregory Fryer**, ha recomendado la siguiente prueba/intervención/opción de tratamiento:

El **Dr. Gregory Fryer** me ha explicado que, entre los beneficios posibles de la prueba/intervención/opción de tratamiento, se incluyen los siguientes:

Y que los riesgos son los siguientes:

A pesar de la recomendación de mi médico, **deniego** mi consentimiento para este tratamiento médico. El **Dr. Gregory Fryer** me ha explicado los riesgos que conlleva mi denegación. Entre otros, se incluyen los siguientes:

Al firmar este documento, reconozco que se mi médico ha evaluado mi afección médica y me la ha explicado, que me ha recomendado el tratamiento que se indica arriba, y que me ha explicado los beneficios posibles de dicho tratamiento y los riesgos asociados así como los riesgos probables de no seguir el tratamiento recomendado, los cuales comprendo por completo. A pesar de comprenderlos, deniego mi consentimiento para este tratamiento médico.

_____	_____	_____	_____
Fecha	Hora	Firma y nombre en imprenta del paciente o de la persona autorizada	Relación de la persona autorizada

Coloque sus iniciales:

_____ El paciente/la persona autorizada ha leído este formulario o alguien se lo ha leído.

_____ El paciente/la persona autorizada manifiesta que comprende la información.

_____ El paciente/la persona autorizada no tiene más preguntas.

_____	_____	_____	_____
Firma del testigo	Gregory M. Fryer, M.D.	Fecha	Hora