



TRATAMENDUEI UKO EGITEKO BAIMEN INFORMATUA
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA NEGATIVA A TRATAMIENTOS

Jaun/andre honek:

D/Doña:

HIK:

CIC:

IZENA:

NOMBRE:

DEITURAK:

APELLIDOS:

.....

adinez nagusia denak eta dokumentu hau sinatzean epaitzeko eta erabakitzeke legezko gaitasuna duenak, **DIAGNOSTIKO** hau izanik:

mayor de edad, con capacidad legal, de enjuiciamiento y deliberación en el momento de firmar este documento

Con **DIAGNÓSTICO** de:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....

HAU ADIERAZTEN DU:

Nire gaixotasuna/patologia dela eta, behar bezala eta informazio nahikoarekin adierazi didate terapia hau hastea/egitea gomendagarria dela:

MANIFIESTO:

Que se me ha comunicado, debida y ampliamente informado que por la enfermedad/patología que padezco sería aconsejable el inicio/realización de la siguiente terapia:

.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....

Era berean, beste aukera terapeutiko batzuk eskaini dizkidate.

Así mismo, se me han ofrecido otras alternativas terapéuticas.

Jakinarazi didate terapia horrek zer ondorio izan ditzakeen, baita terapia ez egiteak izan ditzakeenak ere. Orobat, adierazi didate terapia ez onartzeak dakartzan arriskuak larriak izan daitezkeela, eta heriotza ere gerta daitekeela.

He sido informado/a de las posibles consecuencias de la citada terapia, así como de no recibirla. También que los riesgos de no aceptarla, pueden ser graves e incluso puede producirse la muerte.

Hala eta guztiz ere, uko egiten diet gomendatutako tratamenduari eta beste aukerei, eta onartzen ditut horren ondorioz sortzen diren arriskuak.

A pesar de ello, me niego a aceptar el tratamiento aconsejado y las posibles alternativas, asumiendo los riesgos que de ello se deriven.

LEKUKOAK:

Izen-deiturak eta NAN:

Izen-deiturak eta NAN:

TESTIGOS:

D. / Doña Nombre y Apellidos del Testigo con DNI:

D. / Doña Nombre y Apellidos del Testigo con DNI:

DOKUMENTU HAU SINATZEN DUT ONGI IRAKURRI OSTEAN ETA NIRE ZALANTZAK GALDETU ETA ARGITZEKO AUKERA IZAN OSTEAN. BERAZ, ZER EGIN BEHAR DIDATEN ULERTU ONDOREN, ITXARON DAITEZKEEN EMAITZEN ETA HORTIK ERAGIN DAITEZKEEN ARRISKUEN BERRI IZAN ONDOREN.

FIRMO ESTE DOCUMENTO DESPUÉS DE HABERLO LEÍDO Y HABER TENIDO LA OPORTUNIDAD DE PREGUNTAR Y ACLARAR MIS DUDAS. POR TANTO, DESPUÉS DE HABER ENTENDIDO LO QUE SE ME VA A HACER, LOS RESULTADOS ESPERADOS Y LOS RIESGOS QUE DE TODO ELLO PUEDAN DERIVARSE.

Pazientea/ El Paciente**Pazientearen izen-abizenak**Nombre, dos apellidos
.....**Sinadura eta data**

Firma y fecha

Medikua/El/La Médico**Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.**Nombre, dos apellidos y nº de colegiado del/de la médico/a
.....**Sinadura eta data**

Firma y fecha



Ordezkarria: adingabekorik edo pazientearen ezgaitasunik egotekotan / Representante: en caso de incapacidad del paciente o menor de edad

Legezko ordezkariaren izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna

Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal

Sinadura eta data

Firma y fecha

Pazientearen edo legezko ordezkariaren ATZERA EGITEA / DESISTIMIENTO del paciente o representante legal

Adierazitako prozedurapean EZ JARTZEAREN irismena eta arriskuak ulertzen ditut. Eta halako baldintzetan atzera egiteko eskubidea egikaritzen dut.

Comprendo el alcance y los riesgos de NO SOMETERME al procedimiento indicado. Y en tales condiciones ejerzo mi derecho de desistimiento

Sinadura eta data

Firma y fecha