



**G** CONSELLERIA  
**O** SALUT  
**I** SERVEI SALUT  
**B** ILLES BALEARS

### Rechazo de la intervención

NO AUTORIZO que se realice la técnica o la operación que se me ha propuesto. Asumo las consecuencias que de ello se deriven para mi salud o mi vida.

Nombre y apellidos de la persona atendida

Nombre y apellidos de quien la representa

.....

.....

[firma]

[firma]

....., .....de ..... de 20.....

¿Se ha entregado a la persona atendida una copia del documento?  Sí  No