



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA, UNAM  
 COORDINACIÓN DE CLÍNICAS PERIFÉRICAS  
**CARTA DE CONSENTIMIENTO REVOCADO**



FECHA \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_

Nombre del alumno (a) y Profesor (a) que lo atienden (Sin abreviaturas)

\_\_\_\_\_

Clínica Periférica \_\_\_\_\_ Turno \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE (Sin abreviaturas)

\_\_\_\_\_

No de expediente \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE, PADRE O TUTOR (Sin abreviaturas)

\_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

Por este conducto manifiesto que **es mi deseo NO proseguir el tratamiento** que me realizan en la Clínica Periférica \_\_\_\_\_ de la Facultad de Odontología, UNAM.

**Eximo de toda responsabilidad médico-legal al alumno (a), profesor (a) asesor (a) y a la institución por ésta decisión.**

México D.F. a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma Paciente

\_\_\_\_\_

Firma Alumno (a)

\_\_\_\_\_

Firma Profesor(a) asesor (a)