



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)