

FORMATO DE REVOCATORIA

Yo, (DATOS DEL PACIENTE)

| | |
|---|--------|
| Nombres y Apellidos: | |
| Con DNI o Carné de Extranjería: | Fecha: |
| Domicilio: Correo electrónico: <input type="checkbox"/> Autorizo que me notifiquen al correo electrónico la respuesta de la solicitud | |
| N° de Historia Clínica: | |

De ser el caso,

| |
|--|
| Nombres y Apellidos del Apoderado o Representante Legal: |
| Con DNI o Carné de Extranjería: |

Ante la IPRESS....., REVOCO el consentimiento para el tratamiento de datos personales brindada en el formato (marcar con una "x"):



- El Consentimiento Informado de Teleorientación y Telemonitoreo
- Para la realización de Teleorientación
- Para la realización de Telemonitoreo
- Otras finalidades:.....

La atención de la revocación del consentimiento será en los términos establecidos en la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales y su normativa complementaria.

Fecha:..... de..... del 20...

Nota: Para que el paciente o su representante legal puedan hacer uso y/o ejercicio de la presente Revocatoria del Consentimiento Informado para Teleorientación y/o Telemonitoreo no se requiere contar con el formato original mediante el cual se brindó el mencionado consentimiento.