AL SERVICIO DE ATENCION AL CLIENTE DEL CENTRO DE SALUD \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, EN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ESCRITO DE OPOSICIÓN**

**A LA PCR SIN PREVIO CONSENTIMIENTO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Don/Dña | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | , mayor de edad, | DNI nº | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Domicilio | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Localidad | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Provincia  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  C.P. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Teléfono | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Correo e: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

El firmante en el interés directo y la legitimación que ostenta viene a manifestar la oposición a que se practique cualquier prueba diagnóstica, exploración sanitaria o médica, que no sea expresamente y por escrito consentida.

Venimos a recordar la Ley de autonomía del paciente 41/2002, y el Convenio de Oviedo, que establece el Consentimiento informado previo, que será escrito siempre que la intervención suponga una evidente molestia, riesgo o perjuicio para e afectado.

Igualmente venimos a manifestar que, en cuanto a las exenciones posibles del consentimiento informado, no se dan las circunstancias que establece la ley y que, en todo caso, toda actuación administrativa debe estar reflejada en un expediente donde el afectado debe ser escuchado de manera previa a la intervención y debe tener acceso a recursos reales y efectivos. Recordar en plano ético, que la coerción no es uno de los signos propios de actuación en un estado de derecho en ninguna circunstancia, por lo que entendemos que toda acción coercitiva en este sentido, no solo es ilegal sino también absolutamente inmoral, suponiendo un plus de responsabilidad en los funcionarios actuantes.

Por lo expuesto, SOLICITO tengan por recibido este escrito y registrado como un inicio de expediente a instancia de parte, y tras entregar copia sellada al firmante y con todas las garantías, se resuelva reconocer el derecho de los firmantes a QUE NO SE REALICEN PRUEBAS INVOLUNTARIAS DE NINGÚN TIPO, ESPECIALMENTE PCR.

En, \_\_\_\_ a \_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2021

FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_