

6. El médico me ha explicado que en mi caso no existen otros procedimientos eficaces por los que se pueda intentar eliminar el sinus pilonidal.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y **me ha aclarado** todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, **puedo revocar** el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy **satisfecho** con la información recibida y que **comprendo** el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

Consiento

Que se me realice tratamiento quirúrgico del SINUS PILONIDAL.

En.....
(Lugar y fecha)

Fdo.: El/la médico

Fdo.: Paciente

Fdo.: El/la representante legal, familiar o allegado

Revocación

Don/Doña :..... deaños de edad, con
(Nombre y dos apellidos)
domicilio en y DNI N°.....

Don/Doña :..... deaños de edad, con
(Nombre y dos apellidos)
domicilio en y DNI N°.....

en calidad de de Don/Doña:.....
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos de la paciente)

REVOCO el consentimiento prestado en fechay no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En.....
(Lugar y fecha)

Fdo.: El/la médico

Fdo.: Paciente

Fdo.: El/la representante legal, familiar o allegado