

6. El médico me ha explicado que alternativamente se puede realizar tratamiento con medicamentos pero en mi caso la persistencia de los síntomas indica que es poco probable que se puedan resolver sin intervención quirúrgica.

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 de las HEMORROIDES.

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