

Consentimiento

Yo, D./Dña. _____ doy mi consentimiento para que me sea realizado una **MIRINGOPLASTIA**.

Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado/a, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr. _____

Asimismo, he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

En _____, a _____ de _____ de _____.

Testigo

D.N.I.:
Fdo.:

Paciente

D.N.I.:
Fdo.:

Médico

Dr.:
Nº. Colegiado:
Fdo.:

Representante legal

D.N.I.:
Fdo.:

Denegación o Revocación

Yo, D./Dña. _____ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación/revocación (*táchese lo que no proceda*) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En _____, a _____ de _____ de _____.

Testigo

D.N.I.:
Fdo.:

Paciente

D.N.I.:
Fdo.:

Médico

Dr.:
Nº. Colegiado:
Fdo.:

Representante legal

D.N.I.:
Fdo.: