

12. Declaro haber recibido la información sobre la intervención del escroto agudo de forma clara, fehaciente y ajustada a mis conocimientos, haberla entendido, aclarado dudas, y valorado los posibles riesgos subyacentes a la intervención descrita, tomando la decisión de acuerdo con mi propia y libre voluntad, que podré revocar en cualquier momento.

De acuerdo con todo ello,

DOY MI CONSENTIMIENTO		
Nombre de la persona que autoriza (padre, madre, tutor legal) y VºBº del niño si es mayor de 12 años (opcional)	Médico informante	
Sr/Sra..... DNI	Dr./Dra. Nº Col. / C.N.P.:	
Firma autorizada: Fecha:, a de de 2.....	VºBº niño	Firma:

NO AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO		
Nombre de la persona que NO AUTORIZA (Padre, Madre, Tutor legal) y VºBº niño si es mayor de 12 años (opcional)	Médico Informante	Testigo
Sr. Sra. Sr. Sra. DNI: Firma:	Dr./Dra. CNP/NºCol: Firma: DNI: Firma:
Fecha:, a de de 2.....		

REVOCO MI ANTERIOR CONSENTIMIENTO	
Revoco el consentimiento firmado en la fecha, y no deseo proseguir el tratamiento a mi hijo/hija, que doy con ésta fecha finalizado.	
Nombre:	Dr./Dra. :.....
Firma:	Firma:
Fecha,, a de de 2.....	