

11. Declaro haber recibido la información sobre la intervención de tumores ováricos 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.

Por todo ello,

<u>DOY MI CONSENTIMIENTO</u>	
Nombre de la persona que autoriza (padre, madre, tutor legal) y VºBº del niño si es mayor de 12 años (opcional) Sr/Sra..... DNI Firma autorizada: VºBº niño Fecha:, a de de 20.....	Médico informante Dr./Dra. N° Col. / C.N.P.:

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

<u>REVOCO MI ANTERIOR CONSENTIMIENTO</u>	
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.....	