



## Que otras alternativas hay

A pesar de las posibles complicaciones que puedan surgir, consideramos que el mejor tratamiento, en su caso, es la cirugía y que no existe una alternativa mejor para usted.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

## Consentimiento

Yo, D./Dña. \_\_\_\_\_ doy mi consentimiento para que me sea realizado una **AMIGDALECTOMIA**.

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.: