

7. **Anatomía Patológica:** Todo el material extraído en la intervención se someterá a estudio anatomopatológico posterior para obtener el diagnóstico definitivo, siendo la paciente y/o sus familiares o representante legal, en su caso, informados de los resultados del estudio.

Asimismo he comprendido que dependiendo de los resultados anatomopatológicos y , por tanto, del diagnóstico definitivo, puede ser necesario completar esta intervención con otra más amplia, de la que se me informará en su caso.

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 **satisfecha** con la información recibida y que **comprendo** el alcance y los riesgos del tratamiento quirúrgico propuesto.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice un LEGRADO DIAGNOSTICO

En.....
(Lugar y fecha)

Fdo.: El/la médico

Fdo.: Paciente

Fdo.: El/la representante legal, familiar o allegado

Revocación

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 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