

Por ello, manifiesto que estoy **satisfecha** con la información recibida y que **comprendo** el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice una INDUCCIÓN AL PARTO

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