

- m) Pueden producirse complicaciones de tipo cardiopulmonar u otras con repercusión sobre el estado general del paciente así como confusión mental postoperatoria, sobre todo en enfermos de edad avanzada.
 - n) Puede ser necesaria la transfusión de sangre.
 - o) En ocasiones puede ser necesario un tratamiento de rehabilitación de larga duración para mejorar la movilidad y potencia muscular del paciente a pesar de un tratamiento quirúrgico correcto.
6. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica prolongada.

He comprendido las explicaciones que se 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 satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones,

CONSENTO

Que se me realice TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CONSISTENTE EN ARTROPLASTIA DE HOMBRO.

En _____, a _____ de _____ de 20__

Fdo.: El/la Médico
Nº Colegiado _____

Fdo.: El Paciente

REVOCACIÓN

D./DÑA: _____, de _____ años de
(Nombre y dos apellidos del paciente)
edad con domicilio en _____ y DNI Nº _____

D./DÑA: _____, de _____ años de
(Nombre y dos apellidos)
edad con domicilio en _____ y DNI Nº _____

en calidad de _____ de _____.

REVOCO el consentimiento prestado en fecha _____, y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En _____, a _____ de _____ de 20__

Fdo.: El/la Médico
Nº Colegiado _____

Fdo.: El Paciente