



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

Y en tales condiciones

**CONSIENTO**

Que se me realice LA BIOPSIA DE \_\_\_\_\_ ..

En \_\_\_\_\_ . (LUGAR Y FECHA)

**Fdo.: El/la Médico**  
**Nº de 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 \_\_\_\_\_  
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_ . Y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En \_\_\_\_\_ , a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_\_\_\_

**Fdo.: El/la Médico**  
**Nº de Colegiado:** \_\_\_\_\_

**Fdo.: El Paciente**