

k) Pérdida de la movilidad en las articulaciones próximas a la zona lesionada y pérdida de fuerza de los músculos del área, cuya recuperación depende de la realización continua de los ejercicios de rehabilitación, pero que puede llegar a ser definitiva.

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,

CONSIENTO

Que se me realice CIRUGÍA REALINEADORA DEL APARATO EXTENSOR DE LA RODILLA.

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 _____
(Nombre y dos apellidos del paciente)

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