

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 CERCLAJE CERVICAL

En.....
(Lugar y fecha)

Fdo.: El/la médico
Nº Col.:

Fdo.: Paciente

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

Revocación

Don/Doña :..... deaños de edad, con
(Nombre y dos apellidos)
domicilio en y DNI Nº.....

Don/Doña :..... deaños de edad, con
(Nombre y dos apellidos)
domicilio en y DNI Nº.....
en calidad de de Don/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