

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 comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA RIGIDEZ ARTICULAR MEDIANTE UNA ARTROLISIS.

En _____ . (LUGAR Y FECHA)

Fdo.: El/la Médico
Nº de Colegiado: _____

Fdo.: El Paciente

REVOCACIÓN

D./DÑA: _____ , de _____ años de edad con domicilio en _____ .y DNI Nº _____

D./DÑA: _____ , de _____ años de 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 _____ . (LUGAR Y FECHA)

Fdo.: El/la Médico
Nº de Colegiado: _____

Fdo.: El Paciente