

6. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada.

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 satisfecho con la información recibida y comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice TRATAMIENTOS ADYUVANTES (fenol, nitrógeno líquido, polimetilmetacrilato).

(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.

(LUGAR Y FECHA)

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

Fdo.: El Paciente