

con el médico. También he sido informado de las posibles consecuencias de no realizar la quimioterapia que se me propone.

He comprendido que 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 que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

CONSENTIO

Que se me realice tratamiento con QUIMIOTERAPIA.

En _____ .
(Lugar y fecha)

Fdo. El Médico
Nº Colegiado:

Fdo. El Paciente

REVOCACIÓN

Don/Doña _____
(Nombre y dos apellidos del paciente)
de _____ años de edad,
con domicilio en _____ y D.N.I.
nº _____ .

Don/Doña _____
(Nombre y dos apellidos)
de _____ años de edad,
con domicilio en _____ y D.N.I.
nº _____ en calidad 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 Médico
Nº Colegiado:

Fdo. El Paciente
D.N.I. :