

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 que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento, y en tales condiciones

CONSIENTO

que se me realice la **INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA POR VÍA LAPAROSCÓPICA ASISTIDO POR ROBOT.**

En _____ . a ____ de ____ de ____ . de ____ de ____ de ____
(Lugar y fecha)

Fdo. El / la Médico que solicita la autorización
Nombre y apellidos:
Nº colegiado:

Fdo. El Paciente

Fdo. El representante Legal,

DENEGACIÓN / REVOCACIÓN

(Táchese lo que no proceda)

Don/Doña _____ de ____ años de edad
(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en _____ y DNI nº _____

Don/Doña _____ de ____ años de edad
(Nombre y dos apellidos)

en calidad de _____
(Representante legal, familiar o allegado) _____
(Nombre y dos apellidos del paciente)

No autorizo la realización de _____.

REVOCO el consentimiento prestado en fecha _____ y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En _____ . a ____ de ____ de ____ . de ____ de ____ de ____
(Lugar y fecha)

Fdo. El / la Médico que solicita la autorización
Nombre y apellidos:
Nº colegiado:

Fdo. El Paciente

Fdo. El representante Legal, familiar o allegado