

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.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice una ELECTRO/CRIOCOAGULACIÓN CERVICAL

En.....
(Lugar y fecha)

Fdo.: EL/LA MÉDICO
Nº Colegiado ò ò ò ò ò ò ò ò ò ..

Fdo.: LA PACIENTE

Fdo: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)

REVOCACIÓN

Doña:..... y DNI Nº.....
(Nombre y dos apellidos)

Don/Doña:..... y DNI Nº.....
(Nombre y dos apellidos)

En calidad de de Doña:.....
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos de la paciente)

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

En.....
(Lugar y fecha)

Fdo: EL/LA MÉDICO
Nº Colegiado ò ò ò ò ò ò ò ò ò ..

Fdo: LA PACIENTE

Fdo: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)