



Asimismo he comprendido que dependiendo de los resultados anatomopatológicos y, por lo tanto, del diagnóstico definitivo, **puede ser necesario completar esta intervención** con otra más amplia, de la que se me informará en su caso.

**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 CONIZACIÓN CERVICAL

En.....  
(Lugar y fecha)

Fdo.: EL/LA MÉDICO  
Nº Colegiado 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 fecha .....y 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 .

Fdo: LA PACIENTE

Fdo: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)