



Existe una clasificación denominada ASA que valora el riesgo del paciente en función de la situación de la salud del mismo en el momento que se va a realizar la cirugía.

**ASA I**

- Estado de salud: Excelente sin enfermedades sistémicas
- Limitaciones de actividad: Ninguno.

**ASA II**

- Estado de salud: Enfermedad no vital de un sistema pero bajo control.
- Limitaciones de actividad: Ninguna.

**ASA III**

- Estado de salud: Enfermedad importante de un sistema o de varios sistemas pero bajo control.
- Limitaciones de actividad: Presente pero no incapacitante.

**ASA IV**

- Estado de salud: Precario pero con al menos una enfermedad severa con mal control o estado terminal.
- Limitaciones de actividad: Incapacitado.

**ASA V**

- Estado de salud: Muy malo o moribundo.
- Limitaciones de actividad: Incapacitado

**ASA VI**

- Paciente en muerte cerebral.

En función de mi estado de salud actual se considera una valoración ASA     .

**DECLARACIÓN DEL ENFERMO**

He sido informado por el médico abajo mencionado de:

Las ventajas e inconvenientes del procedimiento arriba indicado.

Las posibles alternativas del mismo.

Que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

Y en tales condiciones,

**CONSIENTO**

.....  
**Fdo. EL PACIENTE**

.....  
**Fdo. EL MÉDICO**  
Nº de Colg.....

En ..... , a ..... de ..... de .....

DECLARACIÓN del familiar, persona allegada o representante legal, en su caso, de que han recibido la información por incompetencia del paciente

Nombre ..... DNI ..... Firma .....

DECLARACIÓN del testigo en su caso

Nombre ..... DNI ..... Firma .....

**DENEGACION O REVOCACION**

Ante los testigos abajo firmantes, yo, D/Dña.....  
después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento arriba indicado, manifiesto a día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2\_\_\_\_\_ de forma libre y consciente mi denegación/revocación (*táchese lo que no proceda*) para su realización, haciéndome plenamente responsable de las consecuencias médico legales que puedan derivarse de esta decisión.

.....  
**Fdo. EL PACIENTE**

.....  
**Fdo. EL MÉDICO**  
Nº de Colg.....