

Paciente D./ Dña

He recibido información clara y sencilla, oral y por escrito, acerca del procedimiento que se me va a practicar, según dispone el artículo 10.6 de la Ley General de Sanidad (24/4/86).

El/la Dr. me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve. También me ha explicado los riesgos posibles y remotos, así como los riesgos en relación a mis circunstancias personales y las consecuencias que pudieran derivarse de mi negativa. Me ha informado de otras alternativas posibles. He recibido respuestas a todas mis preguntas. He comprendido todo lo anterior perfectamente. Comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

DOY MI CONSENTIMIENTO a la práctica del procedimiento que se me propone, por los facultativos del **Servicio de Cirugía Vascular**. Puedo retirar este consentimiento cuando lo desee y deberé informar yo al equipo médico, del cambio de decisión.

Firma del paciente
o representante legal

Firma Dr:
Nº Colegiado:

En de..... de 200

He decidido **NO AUTORIZAR** la realización del procedimiento que me ha sido propuesto.

Firma del paciente
o representante legal

Firma Dr:
Nº Colegiado:

En de..... de 200

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN**.

Firma del paciente
o representante legal

Firma Dr:
Nº Colegiado:

En de..... de 200