



**Fecha:** 23 de julio del 2023

## Información del paciente

Datos personales

**Primer nombre:** Miguel

**Segundo nombre:** Angel

**Primer apellido:** Leon

**Segundo apellido:** Perez

**Tipo de documento:** pasaporte

**Número de documento:** 55556

**Teléfono celular:** +57 3008836609

**Correo electrónico:** migueleon127@gmail.com

**Ocupación:** Independiente

**Fecha de nacimiento:** 1994-04-17

**Género:**

**Estado civil:** soltero

**Dirección:**

**Ciudad:** Santander de Quilichao

## Contenido del consentimiento informado

Estoy de acuerdo con la información esto es mas cosas aquí

## Observaciones adicionales

algo mas para decir

## Tipo de procedimiento

Procedimientos Estéticos

## Médico que realiza el procedimiento

**Doctor(a):** Miguel Angel Leon Perez

**Especialidad:**

**Tarjeta profesional:**

---

Firma del doctor(a)

Autorización del paciente

Manifiesto que, habiendo recibido la información relacionada con el procedimiento, he decidido dar mi consentimiento

---

Firma del paciente