



**Fecha:** 23 de julio del 2023

### Información del paciente

**Nombre:** Miguel Angel Leon Perez

**Tipo de documento:** pasaporte

**Número de documento:** 55556

**Teléfono celular:** +57 3008836609

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

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

**Género:** masculino

### Contenido del consentimiento informado

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit, sed do eiusmod tempor incididunt ut labore et dolore magna aliqua. Ut enim ad minim veniam, quis nostrud exercitation ullamco laboris nisi ut aliquip ex ea commodo consequat. Duis aute irure dolor in reprehenderit in voluptate velit esse cillum dolore eu fugiat nulla pariatur. Excepteur sint occaecat cupidatat non proident, sunt in culpa qui officia deserunt mollit anim id est laborum.

### Observaciones adicionales

algo mas para decir

### Tipo de procedimiento

Crioterapia

### Médico que realiza el procedimiento

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

**Especialidad:** Especialidad DOS

**Tarjeta profesional:** 34534rer453

---

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