

DR. ROLANDO NÁFATE HERNANDEZ

"Consultorio Médico"

Calle 11A, No. 556. Col. Pensiones V Etapa. Mérida, Yuctán. Cel:(999)244-12-12 e-mail:nafate@ablacionycancer.com

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

POR ESTE MEDIO HAGO CONSTAR QUE EL/LA C. DE AÑOS DE EDAD ES PORTADOR DE:

DOCUMENTADO POR:

POR LO QUE SE REALIZARA:

SE ME HA EXPLICADO AMPLIAMENTE EN QUE CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y HE ACEPTADO CON PLENO USO DE RAZON E INFORMACION, ESTANDO CONSCIENTE QUE EXISTEN COMPLICACIONES, PUDIENDO SER LAS SIGUIENTES:

HEMORRAGIA, INFECCION

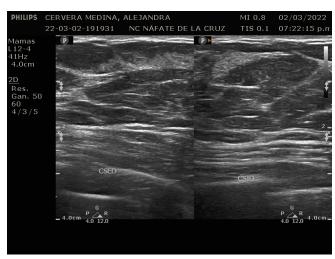
POR TODO LO ANTERIOR ME COMPROMETO A CUMPLIR CON LAS INDICACIONES MEDICAS Y OTORGO LA AUTORIZACION PARA QUE SE REALICEN LOS PROCEDIMIENTOS NECESARIOS EN BENEFICIO DE MI SALUD.

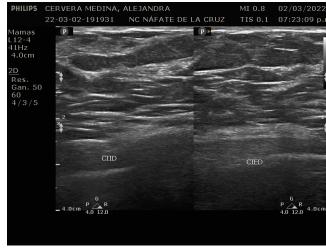
NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE Y FIRMA DE PERSONA O TUTOR
RESPONSABLE

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO







DR. ROLANDO NÁFATE HERNANDEZ "Consultorio Médico"

Calle 11A, No. 556. Col. Pensiones V Etapa. Mérida, Yuctán. Cel:(999)244-12-12

e-mail:nafate@ablacionycancer.com

