



NÁFATE DE LA CRUZ "CONSULTORIO MÉDICO"
Calle 11A, No. 556. Col. Pensiones V Etapa. Mérida, Yucatán.
nafate@ablacioncancer.com
Cel:(999)244-12-12

Paciente:
CONSUELO SANTACRUZ MENCHACA

Edad:
71 años

Fecha:
27/10/2022

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

POR ESTE MEDIO HAGO CONSTAR QUE EL/LA C. CONSUELO SANTACRUZ MENCHACA DE 71 AÑOS DE EDAD ES PORTADOR DE: CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE DE LA MAMA IZQUIERDA E INFILTRACION DE GANGLIOS DE LA REGION AXILAR IZQUIERDA

DOCUMENTADO POR: DATOS CLINICOS, ULTRASONIDO MASTOGRAFIA , PET-CT

POR LO QUE SE REALIZARA: CRIOABLACION CON NITROGENO LIQUIDO

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,



NÁFATE DE LA CRUZ "CONSULTORIO MÉDICO"
Calle 11A, No. 556. Col. Pensiones V Etapa. Mérida, Yucatán.
nafate@ablacioncancer.com
Cel:(999)244-12-12

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



NÁFATE DE LA CRUZ "CONSULTORIO MÉDICO"
Calle 11A, No. 556. Col. Pensiones V Etapa. Mérida, Yucatán.
nafate@ablacioncancer.com
[Cel:\(999\)244-12-12](tel:(999)244-12-12)

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO