

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

POR ESTE MEDIO HAGO CONSTAR QUE EL/LA C. ALFREDO PEREZ LOPEZ DE AÑOS DE EDAD ES PORTADOR DE: CANCER RENAL

DOCUMENTADO POR: TOMOGRAFIA

POR LO QUE SE REALIZARA: ABLACION

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



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