

Paciente:  
CLAUDIA SOLEDAD CRUZ FERNANDEZ

Edad:  
59 años

Fecha:  
18/01/2023

## HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

POR ESTE MEDIO HAGO CONSTAR QUE EL/LA C. CLAUDIA SOLEDAD CRUZ FERNANDEZ DE 59 AÑOS DE EDAD ES PORTADOR DE: TUMORACIÓN HEPÁTICA

DOCUMENTADO POR: DATOS CLINICOS, LABORATORIOS, TOMOGRAFIA COMPUTADA, ULTRASONIDO

POR LO QUE SE REALIZARA: BIOPSIA DE TUMORACION HEPATICA

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