



**MARIA ODILIA DE LA CRUZ SANTIAGO "CONSULTORIO MÉDICO"**  
**Calle 11A, No. 556. Col. Pensiones V Etapa. Mérida, Yucatán.**  
**nafate@ablacioncancer.com**  
**Cel:9999044275**

---

Paciente:

ROGER PERERA SABIDO

Edad:

37 años

Fecha:

11/04/2022

## **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



**MARIA ODILIA DE LA CRUZ SANTIAGO "CONSULTORIO MÉDICO"**

**Calle 11A, No. 556. Col. Pensiones V Etapa. Mérida, Yucatán.**

**[nafate@ablacionycancer.com](mailto:nafate@ablacionycancer.com)**

**[Cel:9999044275](tel:9999044275)**

---

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



**MARIA ODILIA DE LA CRUZ SANTIAGO "CONSULTORIO MÉDICO"**  
**Calle 11A, No. 556. Col. Pensiones V Etapa. Mérida, Yucatán.**  
***nafate@ablacioncancer.com***  
***Cel:9999044275***

---

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO

