

Paciente:  
JULIA CONCEPCION CANUL URIBIA

Edad:  
61 años

Fecha:  
20/03/2024

## HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

POR ESTE MEDIO HAGO CONSTAR QUE EL/LA C. JULIA CONCEPCION CANUL URIBIA DE 61 AÑOS DE EDAD ES PORTADOR DE: MELANOMA METASTASICO, METASTASIS HEPATICA Y PULMON IZQUIERDO

DOCUMENTADO POR: LABORATORIOS Y TOMOGRAFIA COMPUTADA

POR LO QUE SE REALIZARA: ABLACION DE DOS LESIONES EN LOBULO HEPATICO IZQUIERDO Y PULMON IZQUIERDO

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