NÁFATE DE LA CRUZ CONSULTORIO MEDICO

NÁFATE DE LA CRUZ "CONSULTORIO MÉDICO"

Calle 11A, No. 556. Col. Pensiones V Etapa. Mérida, Yuctán. e-mail:nafate@ablacionycancer.com Cel:(999)244-12-12

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

POR ESTE MEDIO HAGO CONSTAR QUE EL/LA C. ALFREDO PEREZ LOPEZ DE AÑOS DE EDAD ES PORTADOR DE: CA RENAL
DOCUMENTADO POR:
POR LO QUE SE REALIZARA:
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
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 PLENO USO DE RAZON E INFORMACION, ESTANDO CONSCIENTE QUE EXISTEN

COMPLICACIONES, PUDIENDO SER LAS SIGUIENTES:

NAFATE DE LA CRUZ

NÁFATE DE LA CRUZ "CONSULTORIO MÉDICO"

Calle 11A, No. 556. Col. Pensiones V Etapa. Mérida, Yuctán. e-mail:nafate@ablacionycancer.com Cel:(999)244-12-12

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

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 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