

MARIA ODILIA DE LA CRUZ SANTIAGO "CONSULTORIO MÉDICO"

Calle 11A, No. 556. Col. Pensiones V Etapa. Mérida, Yuctán. e-mail:nafate@ablacionycancer.com Cel:9999044275

Paciente: Edad: Fecha: ALFREDO PEREZ LOPEZ 62 años 05/04/2022

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

HOJA DE CONSENTIMIENTO INI ORMADO	
POR ESTE MEDIO HAGO CONSTAR QUE EL/I	LA C. DE AÑOS DE EDAD ES PORTADOR DE:
DOCUMENTADO POR:	
POR LO QUE SE REALIZARA:	
SE ME HA EXPLICADO AMPLIAMENTE EN Q CON PLENO USO DE RAZON E INFORMACIO COMPLICACIONES, PUDIENDO SER LAS SIG	·
HEMORRAGIA, INFECCION	
	O A CUMPLIR CON LAS INDICACIONES MEDICAS Y REALICEN LOS PROCEDIMIENTOS NECESARIOS EN
NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE	NOMBRE Y FIRMA DE PERSONA O TUTOR RESPONSABLE
NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO	NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO



MARIA ODILIA DE LA CRUZ SANTIAGO "CONSULTORIO MÉDICO"

Calle 11A, No. 556. Col. Pensiones V Etapa. Mérida, Yuctán. e-mail:nafate@ablacionycancer.com Cel:9999044275



