



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

Cel: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

