



**NÁFATE DE LA CRUZ "CONSULTORIO MÉDICO"**  
**Calle 11A, No. 556. Col. Pensiones V Etapa. Mérida, Yucatán.**  
**nafate@ablacioncancer.com**  
**Cel:(999)244-12-12**

Paciente:  
ANA CHRISTIAN OSORIO ALEJANDRO

Edad:  
36 años

Fecha:  
07/11/2024

## **HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

POR ESTE MEDIO HAGO CONSTAR QUE EL/LA C. ANA CHRISTIAN OSORIO ALEJANDRO DE 36 AÑOS DE EDAD ES PORTADOR DE: CANCER RENAL DERECHO, UN NODULO METASTASICO EN HIGADO

DOCUMENTADO POR: DATOS CLINICOS, LABORATORIOS, TOMOGRAFIA COMPUTADA

POR LO QUE SE REALIZARA: CRIOABLACION DE NITROGENO LIQUIDO DE CANCER RENAL

SE ME HA EXPLICADO AMPLIAMENTE EN QUE CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y HE ACEPTADO CON PLENO USO



**NÁFATE DE LA CRUZ "CONSULTORIO MÉDICO"**  
**Calle 11A, No. 556. Col. Pensiones V Etapa. Mérida, Yucatán.**  
***nafate@ablacionycancer.com***  
***Cel:(999)244-12-12***

---

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



**NÁFATE DE LA CRUZ "CONSULTORIO MÉDICO"**  
**Calle 11A, No. 556. Col. Pensiones V Etapa. Mérida, Yucatán.**  
***nafate@ablacioncancer.com***  
***Cel:(999)244-12-12***

---

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO