



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:
JAVIER FLORES HERNANDEZ

Edad:
58 años

Fecha:
02/12/2024

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

POR ESTE MEDIO HAGO CONSTAR QUE EL/LA C.JAVIERE FLORES HERNANDES DE 58 AÑOS DE EDAD ES PORTADOR DE: TUMORACION EN HIGADO POR LINFOMA NO HODKING

DOCUMENTADO POR: DATOS CLINICOS, LABORATORIOS Y TOMOGRAFIA COMPUTADA

POR LO QUE SE REALIZARA: ABLACION MIXTA DE TUMORACION

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