

Paciente:
MARIA DEL MAR ALCOCER PALMA

Edad:
32 años

Fecha:
26/04/2024

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

POR ESTE MEDIO HAGO CONSTAR QUE EL/LA C. ALCOCER PALMA MARIA DEL MAR DE 32 AÑOS DE EDAD ES PORTADOR DE: QUISTE DE OVARIO DERECHO

DOCUMENTADO POR: DATOS CLINICOS, ULTRASONIDO, TOMOGRAFÍA, LABORATORIO

POR LO QUE SE REALIZARA: ESCLEROTERAPIA DE QUISTE DE OVARIO DERECHO

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