

Paciente:
OFELIA ANDREA VALDES RODRIGUEZ

Edad:
53 años

Fecha:
20/09/2022

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

POR ESTE MEDIO HAGO CONSTAR QUE EL/LA C. OFELIA ANDREA VALDES RODRIGUEZ DE 53 AÑOS DE EDAD ES PORTADOR DE: CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE DE MAMA DERECHA

DOCUMENTADO POR: DATOS CLINICOS, ULTRASONIDO Y BIOPSIA

POR LO QUE SE REALIZARA: CRIOABLACION DE TUMORACION DE MAMA DERECHA

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