

# Consentimiento Informado

## Información del Paciente

**Nombre:** Yoisi Palacios

**Fecha de Cita:** 12/06/2025 11:00

**Modalidad:** virtual

## Términos del Consentimiento

Por medio del presente documento, declaro que:

1. He sido informado(a) sobre el proceso terapéutico y sus implicaciones.
2. Entiendo que la información compartida es confidencial y será tratada según las normas éticas profesionales.
3. Autorizo el registro y almacenamiento de la información necesaria para mi tratamiento.
4. Comprendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

Fecha y hora de firma: 12/06/2025 04:36:24

**Firma del Paciente:**

