



**CARTA DE CONSENTIMIENTO
PARA PROCEDIMIENTO.**

FECHA: _____

CLINICA: _____

Folio: _____

Por medio de la presente, el (la) que suscribe (paciente),
_____,
de manera libre y sin coerción alguna, se realizará

Autoriza a ser sometido al acto Médico que será realizado por
el Dr. _____
Quien labora en esta Institución.

¿Es Ud. Alérgico a algún Medicamento o Solución? Si ☐ No ☐
¿A cuál? _____

Nombre y Firma del Paciente

Nombre y Firma del Médico

Nombre y Firma de Testigo.