

Nombre: **paciente otro nuevo**

Celular:**3216542312**

No Documento**316543215**

Dirección**calle 12 123**

Apellido:**paciente otro nuevo**

Con el presente documento la persona como aparece en el encabezado, menciona de forma libre y espontanea que ha quedado informada de los riesgos de la aplicaicon del presente procedimiento, entiende que existen tambien riesgos relacionado con los medicamentos suministrados y las medicinas adicionales suministradas reporte modificado por el editor de reportes

(Se anexa el listado de medicamentos utilizados en el procedimiento junto con los instrumentos utilizados)