

Nombre: **paciente otro**

Celular:**235462**

No Documento**32165432132**

Dirección**calle 13 5 70**

Apellido:**paciente otro**

EPS:

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 agrega mas contenido al reporte para mostrar

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