





SE REALIZA EVALUACION DE LA ZONA DONADORA PARA OBTENER VALOR DE LA COBERTURA DE UNIDADES FOLICULARES, LA DENSIDAD DEL AREA ES VARIABLE DEBIDO A LA EXISTENTE EN LA ZONA, POR LO QUE DE ACUERDO CON LOS CALCULOS HECHOS, SE REALIZARA UNA EXTRACCION DE _____ UNIDADES FOLICULARES. ME ES EXPLICADO Y ESTOY DE ACUERDO CON EL DISEÑO PREVIAMENTE DEFINIDO Y SUGERIDO POR MI DONDE REQUIERO SOLO SEA PRESENTADO EN LAS IMÁGENES ANTERIORES AUTORIZO LLEVAR A CABO EL PROCEDIMIENTO DEMICROTRANSPLANTE.

ESTOY CONCIENTE QUE ME FUE EXPLICADO QUE MI ZONA DONANTE ES LIMITANTE PARA PODER CUBRIR MI ZONA DE ALOPECIA POR LO CUAL AUTORIZO SE PUEDA EXTRAER MAS DEL PORCENTAJE PERMITIDO .

MANIFIESTO QUE TODA LA INFORMACION ES VERIDICA Y COMPLETA Y QUE NO OMITÍ DATOS EN MI BENEFICIO.

FIRMA

