

CONSENTIMIENTO INFORMADO (024)

Folio: 14

1. DATOS DEL PACIENTE			
Paciente:	Calderon Nolose Ana		
Cédula:	0120120123	Edad/Sexo:	2a 0m / F
Fecha:	2026-02-09	Hora:	22:40
2. PROCEDIMIENTO / TRATAMIENTO			
Nombre del Procedimiento: DFDFB			
Descripción: FBFFBF			
3. RIESGOS		4. BENEFICIOS	
FBFBX		FBFBBXB	
5. ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO			
FBXFBXFBXFBX			

DECLARACIÓN: He sido informado/a de manera clara y comprensible sobre el procedimiento, sus riesgos, beneficios y alternativas. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido respondidas satisfactoriamente. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento antes del procedimiento.

DOY MI CONSENTIMIENTO LIBRE Y VOLUNTARIO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

6. DATOS DEL FIRMANTE			
Nombre:	Calderon Nolose Ana	Cédula:	0120120123
Parentesco:	Paciente		

Paciente / Representante Legal

Profesional de Salud

Testigo 1

Testigo 2

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO (si aplica)
No se ha revocado el consentimiento.