

Yo, Dr. Vargas como médico tratante, después de explicar al paciente el procedimiento y contenido del presente documento le he consultado si desea información complementaria o si tiene alguna inquietud sobre su tratamiento, a lo cual el paciente manifestó: _____

_____ Ninguna _____

De igual manera se consulta al paciente si autoriza realizar fotografías y grabar la intervención, así como su utilización con fines académicos o científicos sin que se divulgue su nombre o el de sus familiares: SI _____ NO _____


Por tanto, de forma voluntaria consiento:

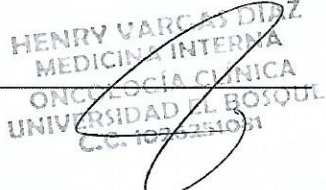
- Para que se me realice dicho(s) procedimiento(s) así como las maniobras y actividades que sean necesarias durante la administración de la quimioterapia.
- Para que se me administren los medicamentos que se consideren adecuados antes y durante la administración de la quimioterapia, así como las medidas complementarias oportunas.

Firmas 

Paciente Beatriz Otalora B c.c. 51592554

Testigo, acudiente o tutor _____ C.C. _____

Médico (Firma y Sello) 

Registro Médico: 

Disentimiento informado

Yo Beatriz Otalora identificado (a) con CC número 51592554 de Bta después de ser informado de la naturaleza y riesgos de la QUIMIOTERA, las consecuencias de la no aplicación y las diferentes alternativas de tratamiento para mi enfermedad, manifiesto de forma libre y consciente mi NEGACIÓN DEL CONSENTIMIENTO para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión, por los siguiente(s) motivo(s): _____

Firmas

Paciente _____ C.C. _____

Testigo, acudiente o tutor _____ C.C. _____

Médico (Firma y Sello) _____ Registro Médico: _____