

*CONSENTIMIENTO PARA REALIZACION DE MAMOGRAFIAS
CON TECNICA DE EKLUND*

Nombre y apellido del paciente:

Edad:

Tipo y número de documento:

Protocolo nro:.....

Fecha:

Hemos atendido a la paciente,
quien presenta Prótesis Mamaria unilateral o bilateral de
de evolución.

El porcentaje de complicaciones durante el procedimiento es muy bajo. Queda
a disposición y responsabilidad de la paciente la realización del mismo.

Firma del paciente:

Aclaración.....