

*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.....