



AUTORIZACIÓN PARA OPERACIÓN

Por el presente documento AUTORIZO al Médico:
Sr.(a):
para que realice en mi
una intervención quirúrgica de

aceptando los riesgos que de ella se puedan originar, así como las posibles secuelas de las que he sido debidamente informado. Así mismo autorizo la administración del anestésico que sea mas conveniente para el paciente, así como las transfusiones o plasmas y la medicación que consideren necesarias por los Médicos tratantes, así también a disponer de cualquier órgano o tejido que sea extirpado como resultado de la operación.

En fe de lo cual firmo en presencia de un testigo. Trujillo, de del 20

Nombre de la persona que autoriza
Firma D.N.I. N°

Nombre de la persona testigo
Firma D.N.I. N°
H.C. N°

F-076



AUTORIZACIÓN PARA OPERACIÓN

Por el presente documento AUTORIZO al Médico:
Sr.(a):
para que realice en mi
una intervención quirúrgica de

aceptando los riesgos que de ella se puedan originar, así como las posibles secuelas de las que he sido debidamente informado. Así mismo autorizo la administración del anestésico que sea mas conveniente para el paciente, así como las transfusiones o plasmas y la medicación que consideren necesarias por los Médicos tratantes, así también a disponer de cualquier órgano o tejido que sea extirpado como resultado de la operación.

En fe de lo cual firmo en presencia de un testigo. Trujillo, de del 20

Nombre de la persona que autoriza
Firma D.N.I. N°

Nombre de la persona testigo
Firma D.N.I. N°
H.C. N°

F-076