hm hospitales

Servicio de Oncología Radioterápica

Consentimiento informado de tratamiento con radiocirugía

PACIENTE.....

DNI: .....

Nombre del Médico que informa: .....

Nº de Colegiado: é é é é é é ..

Como paciente usted tiene derecho a ser informado/a acerca de la patología que padece, así como de los beneficios y riesgos derivados de la realización de técnicas terapéuticas necesarias para su salud y bienestar.
Ud. ha recibido información sobre su **DIAGNOSTICO** de é é é é é é

OTRAS CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS (Riesgos particulares, alternativas al procedimiento y complicaciones):
é é é