

Asimismo, el Sr/Sra. _____ por sus especiales condiciones _____ personales _____),
puede presentar riesgos añadidos.

El paciente también ha sido informado que debe seguir los consejos y pautas de tratamiento dados por el profesional y que deberá consultar cualquier eventualidad que ocurra y que le parezca anormal. Además, debe seguir meticulosamente las instrucciones sobre higiene del implante y de la prótesis y acudir a las revisiones periódicas acordadas con el profesional, y siempre que tenga cualquier molestia o duda sobre el tratamiento.

Yo, D/Dña. _____
como paciente, he sido informado/a por el
Dr/Dra. _____.

Comprendo el alcance y el significado de dicha información, y consiento en someterme a los procedimientos quirúrgicos incluidos en el plan de tratamiento.

Torrelavega, a 6 de 11 de 2023

Firmado, _____

Firmado, Dr./Dra. _____ col. N° 698

