

Consentimiento Para La Extracción Del DIU

Fecha del Encuentro: ____/____/____

Nombre del Paciente: _____

Fecha Nacimiento: ____/____/____

Tenga en cuenta que se informó a la paciente de los riesgos y los beneficios involucrados en la extracción del DIU.

Fecha del Paciente: _____

Testigo: _____

Doctor: _____

Firma del Doctor: _____