

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE MAGNETISMO POSTERIOR A LA APLICACIÓN DE VACUNAS ANTICOVID**

Responsable del documento: Dirección General de Investigación y Desarrollo	CÓDIGO: MH 01/01/01/01	REVISIÓN: 0 10/06/21	Página 1 de 1
---	------------------------	-------------------------	---------------

<b>NOMBRE DEL PACIENTE:</b>	
<b>PAIS:</b>	<b>FECHA Y HORA:</b>
<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>	<b>EDAD:</b>
<b>IDENTIFICADO CON:</b>	
<b>MARCA DE VACUNA:</b>	
<b>FECHA DE APLICACIÓN:</b>	<b>DOSIS:</b> 1ª                      2ª

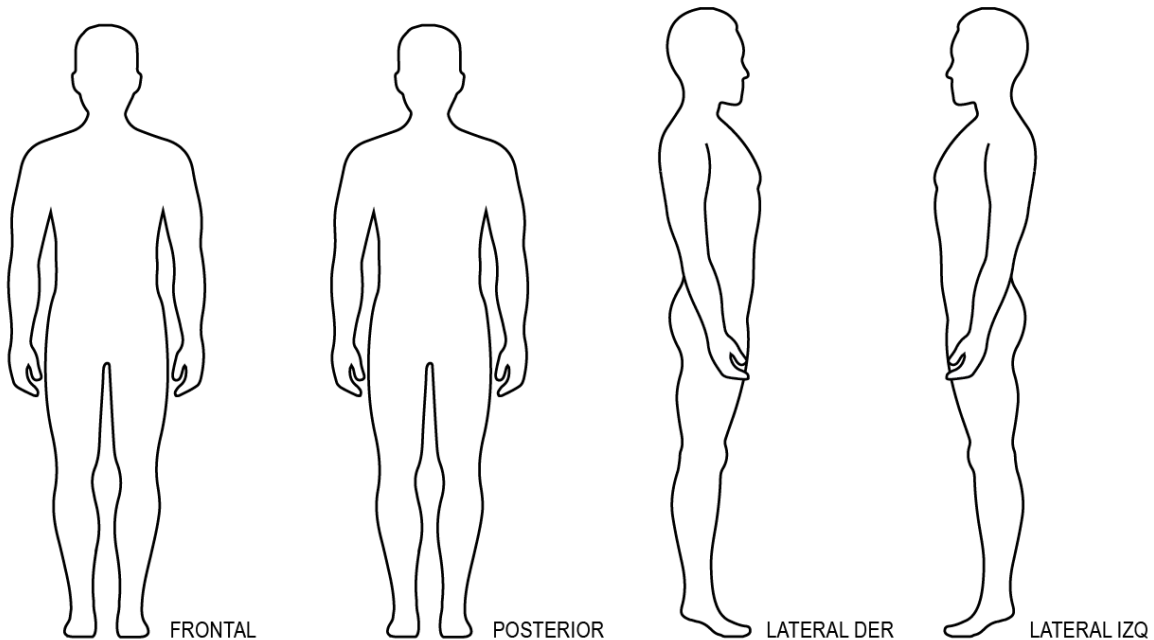
Doy constancia que he sido informado ampliamente por el médico tratante sobre la aplicación de un imán, así como de la medición con lector de electromagnetismo en diferentes partes del cuerpo, filmando tales mediciones.

Se me ha explicado y he comprendido que dicho imán y lector no afectan de ninguna manera al efecto y eficacia de la o las vacunas aplicadas con anterioridad.

Expreso que he podido realizar todas las preguntas que me surgieron y que las mismas ha sido respondidas, habiendo comprendido los conceptos y procedimientos a realizar.

Autorizo al/la Dr./Dra. \_\_\_\_\_ efectuar la documentación por fotografía o digitalización, con fines científicos, académicos y educativos con la correspondiente privacidad de mis datos personales.

Video # \_\_\_\_\_



I. Prueba Imán (+) (-); II. Prueba metal (+) (-); III. Prueba lector EMF (+) (-)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del médico

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del paciente