

Paciente:
EULALIA CHAY ALCOCER

Edad:
78 años

Fecha:
14/06/2022

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

POR ESTE MEDIO HAGO CONSTAR QUE EL/LA C. EULALIA CHAY ALCOCER DE 77 AÑOS DE EDAD ES PORTADOR DE: RADICULOPATIA CIATICA BILATERAL DE PREDOMINIO DERECHO, ESCOLIOSIS DORSOLUMBAR

DOCUMENTADO POR: DATOS CLINICOS Y TOMOGRAFIA COMPUTADA

POR LO QUE SE REALIZARA: CRIOANALGESIA DE L5, S1, S2, S3, BILATERAL

SE ME HA EXPLICADO AMPLIAMENTE EN QUE CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y HE ACEPTADO CON PLENO USO DE RAZON E INFORMACION, ESTANDO CONSCIENTE QUE EXISTEN COMPLICACIONES, PUDIENDO SER LAS SIGUIENTES:

HEMORRAGIA, INFECCION

POR TODO LO ANTERIOR ME COMPROMETO A CUMPLIR CON LAS INDICACIONES MEDICAS Y OTORGO LA AUTORIZACION PARA QUE SE REALICEN LOS PROCEDIMIENTOS NECESARIOS EN BENEFICIO DE MI SALUD.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE Y FIRMA DE PERSONA O TUTOR

RESPONSABLE

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO