

Paciente:
ANTONIA GOMEZ PEREZ

Edad:
48 años

Fecha:
03/05/2022

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

POR ESTE MEDIO HAGO CONSTAR QUE EL/LA C. ANTONIA GÓMEZ PÉREZ DE 48 AÑOS DE EDAD ES PORTADOR DE: RADICULOPATÍA CIÁTICA IZQUIERDA DE L5, TUMORACIÓN PARAESPINAL DERECHA DE L5

DOCUMENTADO POR: DATOS CLÍNICOS Y RESONANCIA MAGNÉTICA

POR LO QUE SE REALIZARA: CRIOANALGESIA DE L5 IZQUIERDO Y BIOPSIA DE TUMORACION

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