

Paciente:
ELIZABETH HERRERA ISASI

Edad:
65 años

Fecha:
05/08/2023

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

POR ESTE MEDIO HAGO CONSTAR QUE EL/LA C. ELIZABETH HERRERA ISASI DE 65 AÑOS DE EDAD ES PORTADOR DE: ARTROSIS DE CADERA DERECHA Y DOLOR INTENSO

DOCUMENTADO POR: DATOS CLÍNICOS Y RADIOGRAFÍA

POR LO QUE SE REALIZARA: CRIOANALGESIA DE CADERA DERECHA

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

HEMORRAGIA, INFECCIÓN

POR TODO LO ANTERIOR ME COMPROMETO A CUMPLIR CON LAS INDICACIONES MÉDICAS Y OTORGO LA AUTORIZACIÓN 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