

Paciente:
FRANCISCA ALICIA DIAZ ALLEN

Edad:
71 años

Fecha:
13/02/2023

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

POR ESTE MEDIO HAGO CONSTAR QUE EL/LA C. FRANCISCA ALICIA DIAZ ALLEN DE 71 AÑOS DE EDAD ES PORTADOR DE: PROTRUSION DISCAL POSTEROLATERAL DERECHA DE L3-L4 CON LISTESIS GRADO I, RADICULOPATIA CIATICA BILATERAL MAS INTENSA DE LADO DERECHO A NIVEL DE L5, GLUTEO Y CARA LATERAL DEL MUSLO

DOCUMENTADO POR: DATOS CLINICOS Y RESONANCIA MAGNETICA

POR LO QUE SE REALIZARA: HERNIOPLASTIA DISCAL CON ENERGIA BIPOLAR DE L3-L4, CRIOANALGESIA DE L5, S1 DERECHO, S1 IZQUIERDO

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