

Paciente:
URIEL GASPAR PALMA DOMINGUEZ

Edad:
50 años

Fecha:
23/09/2024

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

POR ESTE MEDIO HAGO CONSTAR QUE EL/LA C. URIEL GASPAR PALMA DOMINGUEZ DE 50 AÑOS DE EDAD ES PORTADOR DE: MIGRACION CAUDAL DISCAL DE C4-C5, PROTRUSION DISCAL C5-C6, RADICULOPATIA BRAZO IZQUIERDO, RADICULOPATIA CIATICA EXTREMIDAD INFERIOR DERECHA

DOCUMENTADO POR: DATOS CLINICOS , RESONANCIA MAGNETICA

POR LO QUE SE REALIZARA: HERNIOPLASTIA DISCAL CON ENERGIA BIPOLAR DE C4-C5, C5-C6

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