

Paciente:
MANUEL LUCIANO NAHUAT MAY

Edad:
63 años

Fecha:
01/10/2022

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

POR ESTE MEDIO HAGO CONSTAR QUE EL/LA C. MANUEL LUCIANO NAHUAT MAY DE 63 AÑOS DE EDAD ES PORTADOR DE: PROTUSIÓN DISCAL DE L4-L5, L3.L4, L2-L3, L1-L2

DOCUMENTADO POR: DATOS CLÍNICOS Y RESONANCIA MAGNÉTICA

POR LO QUE SE REALIZARÁ: CRIOTERAPIA DE L5, S1, S2 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