

Paciente:
BENITA ISABEL SOLIS GONZALEZ

Edad:
61 años

Fecha:
05/06/2023

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

POR ESTE MEDIO HAGO CONSTAR QUE EL/LA C. BENITA ISABEL SOLIS GONZÁLEZ DE 61 AÑOS DE EDAD ES PORTADOR DE: PROTRUSION DISCAL DE L5-S1 CON RADICULOPATIA CIATICA BILATERAL DE PREDOMINIO DERECHO

DOCUMENTADO POR: DATOS CLÍNICOS Y TOMOGRAFÍA COMPUTADA

POR LO QUE SE REALIZARA: HERNIOPLASTIA DISCAL CON ENERGÍA BIPOLAR DE L5-S1

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