

Paciente:
ARACELY GUTIERREZ BALTAZAR

Edad:
70 años

Fecha:
06/04/2022

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

POR ESTE MEDIO HAGO CONSTAR QUE EL/LA C. ARACELY GUTIERREZ BALTAZAR DE 70 AÑOS DE EDAD ES PORTADOR DE: RADICULOPATÍA CIÁTICA DERECHA

DOCUMENTADO POR: DATOS CLÍNICOS

POR LO QUE SE REALIZARÁ: CRIOANALGESIA DE L4, L5, S1, S2, S3, DERECHO

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