



NÁFATE DE LA CRUZ "CONSULTORIO MÉDICO"
Calle 11A, No. 556. Col. Pensiones V Etapa. Mérida, Yucatán.
nafate@ablacioncancer.com
Cel:(999)244-12-12

Paciente:
DORALIA GUTIERREZ CHE

Edad:
71 años

Fecha:
18/01/2024

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

POR ESTE MEDIO HAGO CONSTAR QUE EL/LA C. DORALIA GUTIERREZ CHE DE 71 AÑOS DE EDAD ES PORTADOR DE: PROTRUSIO DISCAL DE L5-S1, L4-L5, L3-L4, RADICULOPATIA CIATICA IZQUIERDA

DOCUMENTADO POR: DATOS CLINICOS, RESONANCIA MAGNETICA Y TOMOGRAFIA COMPUTADA

POR LO QUE SE REALIZARA: CRIOANALGESIA DE L5, S1, S2 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:



NÁFATE DE LA CRUZ "CONSULTORIO MÉDICO"
Calle 11A, No. 556. Col. Pensiones V Etapa. Mérida, Yucatán.
nafate@ablacioncancer.com
Cel:(999)244-12-12

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



NÁFATE DE LA CRUZ "CONSULTORIO MÉDICO"
Calle 11A, No. 556. Col. Pensiones V Etapa. Mérida, Yucatán.
nafate@ablacioncancer.com
Cel:(999)244-12-12

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO