

Paciente:
CARIELYS LAZARA GUERRERO BLANCO

Edad:
32 años

Fecha:
25/04/2022

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

POR ESTE MEDIO HAGO CONSTAR QUE EL/LA C. GUERRERO BLANCO CARIELYS LAZARA DE AÑOS DE EDAD ES PORTADOR DE: PROTUSIÓN DISCAL L5-S1, L4-L5 CON COMPRESIÓN RADICULAR BILATERAL

DOCUMENTADO POR: DATOS CLÍNICOS Y RESONANCIA MAGNÉTICA LUMBAR

POR LO QUE SE REALIZARA: HERNIOPLASTIA DISCAL CON ENERGÍA BIPOLAR DE L4-L5, 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