

Paciente:
EMMA ROSA KOH ALBORNOZ

Edad:
78 años

Fecha:
19/01/2023

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

POR ESTE MEDIO HAGO CONSTAR QUE EL/LA C. EMMA ROSA KOH ALBORNOZ DE 78 AÑOS DE EDAD ES PORTADOR DE: GONARTROSIS GRADO 4 RODILLA IZQUIERDA, LISTESIS L5 SOBRE S1, RADICULOPATÍA CIÁTICA IZQUIERDA DE S1 Y L5

DOCUMENTADO POR: DATOS CLÍNICOS, RADIOGRAFÍA Y TOMOGRAFÍA

POR LO QUE SE REALIZARA: CRIOANALGESIA DE RODILLA IZQUIERDA, CRIOANALGESIA DE S1 Y L5

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