

Paciente:
SANDRA MARIA MAGDALENA MUÑOZ DELGADO

Edad:
63 años

Fecha:
04/12/2024

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

POR ESTE MEDIO HAGO CONSTAR QUE EL/LA C. PROTRUSION DISCAL DE L5-LS1 DE 63 AÑOS DE EDAD ES PORTADOR DE: PROTRUSION DISCAL DE L5-S1 CON RADICULOPATIA CIATIA IZQUIERDA L5, S1

DOCUMENTADO POR: DATOS CLINICOS, LABORATORIOS Y RESONANACIA MAGNETICA

POR LO QUE SE REALIZARA: HERNIOPLASTIA DISCAL CON ENERGIA 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