

Paciente:
JOSE MIGUEL ZARATE VILLARINO

Edad:
28 años

Fecha:
28/04/2022

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

POR ESTE MEDIO HAGO CONSTAR QUE EL/LA C. JOSE MIGUEL ZARATE VILLARINO DE 28 AÑOS DE EDAD ES PORTADOR DE: EXTRUSION DISCAL POSTEROLATERAL DERECHA DE L5-S1, CON RADICULOPATIA CIATICA BILATERAL DE PREDOMINIO DERECHO

DOCUMENTADO POR: DATOS CLINICOS Y RESONANCIA MAGNETICA

POR LO QUE SE REALIZARA: HERNIOPLASTIA CON ENERGIA BIPOLAR DE L5-S1, CRIOANALGESIA

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