

Paciente:  
ABEL LOPEZ SANTIAGO

Edad:  
63 años

Fecha:  
19/06/2023

## HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

POR ESTE MEDIO HAGO CONSTAR QUE EL/LA C. ABEL LÓPEZ SANTIAGO DE 63 AÑOS DE EDAD ES PORTADOR DE: HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA

DOCUMENTADO POR: DATOS CLINICOS, ULTRASONIDO Y LABORATORIOS

POR LO QUE SE REALIZARA: CRIO-REMODELACION PROSTATICA

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