



**NÁFATE DE LA CRUZ "CONSULTORIO MÉDICO"**  
**Calle 11A, No. 556. Col. Pensiones V Etapa. Mérida, Yucatán.**  
**nafate@ablacioncancer.com**  
**Cel:(999)244-12-12**

Paciente:  
FANY DIONICIA VARGUEZ DZIB

Edad:  
56 años

Fecha:  
25/03/2023

## **HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

POR ESTE MEDIO HAGO CONSTAR QUE EL/LA C. FANY DIONICIA VARGUEZ DZIB DE 56 AÑOS DE EDAD ES PORTADOR DE: GONARTROSIS GRADO 3 DERECHA

DOCUMENTADO POR: DATOS CLINICOS Y RADIOGRAFIA

POR LO QUE SE REALIZARA: CRIOANALGESIA DE RODILLA DERECHA

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:



**NÁFATE DE LA CRUZ "CONSULTORIO MÉDICO"**  
**Calle 11A, No. 556. Col. Pensiones V Etapa. Mérida, Yucatán.**  
**nafate@ablacioncancer.com**  
**Cel:(999)244-12-12**

---

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