

Paciente:  
JOSE ALBERTO DURAN GONZALEZ

Edad:  
34 años

Fecha:  
28/03/2023

## HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

POR ESTE MEDIO HAGO CONSTAR QUE EL/LA C.JOSE ALBERTO DURÁN GONZÁLEZ DE 34 AÑOS DE EDAD ES PORTADOR DE: EXTRUSIÓN DISCAL L5-S1, PROTUSIÓN DISCAL L4-L5 CON RADICULOPATÍA CIÁTICA IZQUIERDA

DOCUMENTADO POR: DATOS CLÍNICOS Y RESONANCIA MAGNÉTICA

POR LO QUE SE REALIZARA: HERNIOPLASTIA DISCAL CON ENERGÍA BIPOLAR DE L5-S1, L4-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