



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:
LIGIA ALICIA NAH CHAN

Edad:
48 años

Fecha:
21/07/2022

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

POR ESTE MEDIO HAGO CONSTAR QUE EL/LA C. LIGIA NAH CHAN DE 48 AÑOS DE EDAD ES PORTADOR DE: PROTRUSION DISCAL L5-S1, L4-L5, RADICULOPATÍA CIÁTICA BILATERAL DE PREDOMINIO IZQUIERDO

DOCUMENTADO POR: DATOS CLÍNICOS Y RESONANCIA MAGNÉTICA

POR LO QUE SE REALIZARA: HERNIOPLASTIA DISCAL DE L4-L5, L5-S1 CON ENERGIA BIPOLAR Y CRIOANALGESIA DE L5, S1, S2, S3

SE ME HA EXPLICADO AMPLIAMENTE EN QUE CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y HE ACEPTADO CON



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

PLENO USO DE RAZON E INFORMACION, ESTANDO CONSCIENTE QUE EXISTEN COMPLICACIONES,
PUDIENDO SER LAS SIGUIENTES:

HEMORRAGIA, INFECCIÓN

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



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

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO