

Paciente:
ELEAZAR MOO EK

Edad:
62 años

Fecha:
08/11/2022

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

POR ESTE MEDIO HAGO CONSTAR QUE EL/LA C. ELEAZAR MOO EK DE 62 AÑOS DE EDAD ES PORTADOR DE: HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA

DOCUMENTADO POR: DATOS CLÍNICOS, ULTRASONIDO Y LABORATORIO

POR LO QUE SE REALIZARA: CRIOREMODELACION PROSTATICA (CRIOABLACION DE LA ZONA DE TRANSICION)

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