

Paciente:
ANTONIA CHAN PEREZ

Edad:
59 años

Fecha:
25/04/2024

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

POR ESTE MEDIO HAGO CONSTAR QUE EL/LA C. ANTONIA CHAN PEREZ DE 59 AÑOS DE EDAD ES PORTADOR DE: LISTESIS GRADO I DE L4 SOBRE L5 GRADO, LISTESIS GRADO I DE L5 SOBRE S1, DISCARTROSIS DE L5-S1, RADICULOPATIA CIATICA BILATERAL DE PREDOMINIO IZQUIERDO

DOCUMENTADO POR: DATOS CLINICOS, RESONANCIA MAGNETICA

POR LO QUE SE REALIZARA: DESCOMPRESION DISCAL DE L4-L5, RADIOFRECUENCIA L5, S1 IZQUIERDO, S1 DERECHO

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