

Paciente:
JULIO CESAR CANO VILLANUEVA

Edad:
53 años

Fecha:
26/09/2022

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

POR ESTE MEDIO HAGO CONSTAR QUE EL/LA C. JULIO CÉSAR CANO VILLANUEVA DE 53 AÑOS DE EDAD ES PORTADOR DE: PROTUSIÓN DISCAL DE C4-C5 CON COMPLEJO OSTEOFÍTICO DISCAL, CALCIFICACIÓN PARCIAL DEL LIGAMENTO LONGITUDINAL POSTERIOR, MIELOPATÍA COMPRESIVA Y MIELOMALACIA. (LA PRIMERA HERNIOPLASTIA CON ENERGÍA BIPOLAR SE REALIZÓ HACE 2 MESES POR LO QUE ESTAMOS OBSERVANDO EN LA ÚLTIMA RESONANCIA MAGNÉTICA CAMBIOS EN EL NÚCLEO PULPOSO QUE TENDRÁ TENDENCIA A UNA MAYOR REABSORCIÓN, SIN EMBARGO DEBE CONSIDERARSE LA CALCIFICACIÓN DEL LIGAMENTO LONGITUDINAL POSTERIOR Y COMPLEJO OSTEOFÍTICO DISCAL QUE PUEDAN IMPEDIR UNA MAYOR RETRACCIÓN DEL LIGAMENTO LONGITUDINAL POSTERIOR Y CONTENIDO DISCAL)

DOCUMENTADO POR: DATOS CLÍNICOS, RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA CERVICAL

POR LO QUE SE REALIZARÁ: HERNIOPLASTIA DISCAL CON ENERGÍA BIPOLAR DE C4-C5 CON EL OBJETIVO DE LOGRAR UNA MAYOR RETRACCIÓN POSTERIOR DE LOS COMPONENTES QUE INCLUYEN AL LIGAMENTO LONGITUDINAL POSTERIOR Y CONTENIDO DISCAL.

SE ME HA EXPLICADO AMPLIAMENTE EN QUE CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y HE ACEPTADO CON PLENO USO DE RAZÓN E INFORMACIÓN, ESTANDO CONSCIENTE QUE EXISTEN COMPLICACIONES, PUDIENDO SER LAS SIGUIENTES:

HEMORRAGIA, INFECCIÓN

POR TODO LO ANTERIOR ME COMPROMETO A CUMPLIR CON LAS INDICACIONES MÉDICAS Y OTORGO LA AUTORIZACIÓN 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 MÉDICO

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO