

Paciente:
ALCIDES ESCOLASTICO PALMA

Edad:
61 años

Fecha:
01/06/2023

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

POR ESTE MEDIO HAGO CONSTAR QUE EL/LA C. ALCIDES ESCOLASTICO PALMA DE 61 AÑOS DE EDAD ES PORTADOR DE: EXTRUSIÓN DISCAL POSTEROLATERAL IZQUIERDA DE L3-L4 CON RADICULOPATIA CIATICA BILATERAL

DOCUMENTADO POR: DATOS CLÍNICOS, RESONANCIA MAGNETICA

POR LO QUE SE REALIZARA: HERNIOPLASTIA DISCAL DE L3-L4, CRIOANALGESIA DE LOS DERMATOMAS DE L5, S1 BILATERAL

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