

Paciente:  
SUSANA RECINOS CANO

Edad:  
80 años

Fecha:  
05/02/2023

## HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

POR ESTE MEDIO HAGO CONSTAR QUE EL/LA C. SUSANA RECINOS CANO DE 80 AÑOS DE EDAD ES PORTADOR DE: DOLOR INTENSO DE CADERA IZQUIERDA QUE NO CEDE CON MEDICAMENTOS, FRACTURAS MULTIPLES DE AMBAS RAMAS ISQUIOPUBICAS

DOCUMENTADO POR: DATOS CLINICOS, RADIOGRAFIA Y TOMOGRAFIA COMPUTADA DE PELVIS

POR LO QUE SE REALIZARA: CRIOANALGESIA DE CADERA IZQUIERDA, S3, S4 IZQUIERDA

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