

Paciente:
STEFANA STEFANOV

Edad:
75 años

Fecha:
24/05/2024

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

POR ESTE MEDIO HAGO CONSTAR QUE EL/LA C. STEFANA STEFANOV DE 75 AÑOS DE EDAD ES PORTADOR DE: RADICULOPATIA CIATICA BILATERAL, ARTRITIS REUMATOIDE

DOCUMENTADO POR: DATOS CLINICOS , LABORATORIO, TOMOGRAFIA COMPUTADA

POR LO QUE SE REALIZARA: RADIOFRECUENCIA DE L5, S1

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