

Paciente:
DULCE NATIVIDAD HOYOS CASTILLO

Edad:
46 años

Fecha:
11/07/2022

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

POR ESTE MEDIO HAGO CONSTAR QUE EL/LA C. DULCE NATIVIDAD HOYOS CASTILLO DE 46 AÑOS DE EDAD ES PORTADOR DE: ESPONDILOLISTESIS DE L4 SOBRE L5, RADICULOPATIA CIATICA DERECHA E IZQUIERDA DE PREDOMINIO DERECHO

DOCUMENTADO POR: DATOS CLINICOS

POR LO QUE SE REALIZARA: DESCOMPRESION DISCAL DE L4-L5, CRIOANALGESIA DE L5, S1, S2, S3 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