

Paciente:
GRACIELA FLORES CARMONA

Edad:
85 años

Fecha:
02/06/2022

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

POR ESTE MEDIO HAGO CONSTAR QUE EL/LA C. GRACIELA FLORES CARMONA DE 85 AÑOS DE EDAD ES PORTADOR DE: RADICULOPATÍA CIÁTICA IZQUIERDA, ESCOLIOSIS DORSOLUMBAR, ESPONDILOARTROSIS DEGENERATIVA

DOCUMENTADO POR: DATOS CLÍNICOS Y RESONANCIA MAGNÉTICA

POR LO QUE SE REALIZARÁ: CRIOANALGESIA DE L5,S1,S2,S3 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