

Paciente:
ANGEL MANUEL SOLIS LOPEZ

Edad:
64 años

Fecha:
15/01/2025

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

POR ESTE MEDIO HAGO CONSTAR QUE EL/LA C. ANGEL MANUEL SOLIS LOPEZ DE 64 AÑOS DE EDAD ES PORTADOR DE: PROTRUSION DISCAL DE L5-S1, PROTRUSION DISCAL L3-L4, PROTRUSION DISCAL T11-T12

DOCUMENTADO POR: DATOS CLINICOS, LABORATORIOS Y RESONANCIA MAGNETICA

POR LO QUE SE REALIZARA: HERNIOPLASTIA DISCAL CON ENERGIA BIPOLAR DE L5-S1, L3-L4, T11, T12

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