

Paciente:  
MARIA DEL CARMEN SANCHEZ BRITO

Edad:  
79 años

Fecha:  
06/01/2023

## HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

POR ESTE MEDIO HAGO CONSTAR QUE EL/LA C. MARIA DEL CARMEN SANCHEZ BRITO DE 79 AÑOS DE EDAD ES PORTADOR DE: GONARTROSIS GRADO 4 AMBAS RODILLAS, RADICULOPATÍA CIÁTICA DERECHA, QUISTE DE BAKER IZQUIERDO

DOCUMENTADO POR: DATOS CLINICOS, RADIOGRAFIA Y ULTRASONIDO DE RODILLA

POR LO QUE SE REALIZARÁ: CRIOANALGESIA DE AMBAS RODILLAS

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