

Paciente:
MARTHA NILKA MOGUEL

Edad:
68 años

Fecha:
06/04/2022

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

POR ESTE MEDIO HAGO CONSTAR QUE EL/LA C. MARTHA NILKA MOGUEL DE 68 AÑOS DE EDAD ES PORTADOR DE: COXARTROSIS

DOCUMENTADO POR: DATOS CLÍNICOS Y RADIOGRAFIA

POR LO QUE SE REALIZARÁ: CRIOANALGESIA DE CADERA DERECHA

SE ME HA EXPLICADO AMPLIAMENTE EN QUE CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y HE ACEPTADO CON PLENO USO DE RAZÓN E INFORMACION, ESTANDO CONSCIENTE QUE EXISTEN COMPLICACIONES, PUDIENDO SER LAS SIGUIENTES:

HEMORRAGIA, INFECCIÓN

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