

Paciente:
ROSA MARGARITA USCANGA TIBURCIO

Edad:
60 años

Fecha:
15/06/2022

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

POR ESTE MEDIO HAGO CONSTAR QUE EL/LA C. ROSA MARGARITA USCANGA TIBURCIO DE 60 AÑOS DE EDAD ES PORTADOR DE: LISTESIS DE L4-L5 GRADO I, RADICULOPATÍA CIÁTICA IZQUIERDA, EN MENOR INTENSIDAD DE LADO DERECHO

DOCUMENTADO POR: DATOS CLÍNICOS Y RADIOGRAFÍA

POR LO QUE SE REALIZARÁ: DESCOMPRESIÓN DISCAL DE L4 SOBRE L5, CRIOANALGESIA DE L4, L5, S1, S2, S3 IZQUIERDO, SI, S2, S3 DERECHO

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