

Paciente:  
ENRIQUETA PACHECO GONZALEZ

Edad:  
82 años

Fecha:  
29/01/2024

## HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

POR ESTE MEDIO HAGO CONSTAR QUE EL/LA C. ENRIQUETA PACHECO GONZALEZ DE 82 AÑOS DE EDAD ES PORTADOR DE: ESPONDILOARTROSIS LUMBAR CON COMPRESION RADICULAR DE L1 HASTA L5, ESCOLIOSIS DEXTROCONVEXA, FRACTURA COMPRESION DE L1

DOCUMENTADO POR: DATOS CLINICOS, TOMOGRAFIA COMPUTADA Y RESONANCIA MAGNETICA

POR LO QUE SE REALIZARA: CRIOANALGESIA DE COLUMNA LUMBOSACRA

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