



**NÁFATE DE LA CRUZ "CONSULTORIO MÉDICO"**  
**Calle 11A, No. 556. Col. Pensiones V Etapa. Mérida, Yucatán.**  
**nafate@ablacioncancer.com**  
**Cel:(999)244-12-12**

Paciente:  
TERESA DE LA CRUZ AGUILERA

Edad:  
60 años

Fecha:  
04/01/2023

## **HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

POR ESTE MEDIO HAGO CONSTAR QUE EL/LA C. TERESA DE LA CRUZ AGUILERA DE 60 AÑOS DE EDAD ES PORTADOR DE: RADICULOPATIA CIATICA IZQUIERDA DE L5 , S1, DEXTROEXOLIOSIS DORSOLUMBAR

DOCUMENTADO POR: DATOS CLINICOS Y RADIOGRAFIA

POR LO QUE SE REALIZARA: CRIOANALGESIA DE L5, S1 IZQUIERDO

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,



**NÁFATE DE LA CRUZ "CONSULTORIO MÉDICO"**  
**Calle 11A, No. 556. Col. Pensiones V Etapa. Mérida, Yucatán.**  
***nafate@ablacioncancer.com***  
***Cel:(999)244-12-12***

---

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



**NÁFATE DE LA CRUZ "CONSULTORIO MÉDICO"**  
**Calle 11A, No. 556. Col. Pensiones V Etapa. Mérida, Yucatán.**  
***nafate@ablacioncancer.com***  
***Cel:(999)244-12-12***

---

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO