

Paciente:
DINA GARCIA GONZALEZ

Edad:
56 años

Fecha:
29/06/2022

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

POR ESTE MEDIO HAGO CONSTAR QUE EL/LA C. DINA GARCIA GONZALEZ DE 56 AÑOS DE EDAD ES PORTADOR DE: GONARTROSIS GRADO 4 AMBAS RODILLAS

DOCUMENTADO POR: DATOS CLINICOS Y RADIOGRAFIAS

POR LO QUE SE REALIZARA: 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