

Paciente:
VIRGINIA LALO GUTIERREZ

Edad:
72 años

Fecha:
14/10/2024

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

POR ESTE MEDIO HAGO CONSTAR QUE EL/LA C. VIRGINIA LALO GUTIERREZ DE 72 AÑOS DE EDAD ES PORTADOR DE: PROTRUSIÓN DISCAL POSTEROLATERAL DERECHA L5-S1, LISTESIS GRADO II DE L4 SOBRE L5

DOCUMENTADO POR: DATOS CLINICOS , RESONANCIA MAGNETICA

POR LO QUE SE REALIZARA: HERNIOPLASTIA DISCAL CON ENERGIA BIPOLAR DE L5-S1, DESCOMPRESION DISCAL DE L4 SOBRE L5, CRIOTERAPIA DE L5-S1

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