

Paciente:
OBDULIA CASTUL GUERRERO

Edad:
61 años

Fecha:
12/01/2023

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

POR ESTE MEDIO HAGO CONSTAR QUE EL/LA C. OBDULIA CASTUL GUERRERO DE 61 AÑOS DE EDAD ES PORTADOR DE: GONARTROSIS GRADO 4 RODILLA DERECHA

DOCUMENTADO POR: DATOS CLÍNICOS Y RADIOGRAFÍA

POR LO QUE SE REALIZARÁ: CRIOANALGESIA DE RODILLA DERECHA

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, INFECCIÓN

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