

Paciente:  
SABINA HERNANDEZ GUERRA

Edad:  
77 años

Fecha:  
07/10/2023

## HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

POR ESTE MEDIO HAGO CONSTAR QUE EL/LA C. SABINA HERNANDEZ GUERRA DE 77 AÑOS DE EDAD ES PORTADOR DE: RADICULOPATIA CIATICA BILATERAL DE PREDOMINIO IZQUIERDO, FRACTURA COMPRESION DEL CUERPO VERTEBRAL L2, L3, PROCESO INFILTRATIVO L2, L3

DOCUMENTADO POR: DATOS CLINICOS, TOMOGRAFIA COMPUTADA Y RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA LUMBAR

POR LO QUE SE REALIZARA: CRIOANALGESIA DE LOS DERMATOMAS L4, L5, S1, S2, BILATERAL

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