

Paciente:
GRETEL GUTIERREZ LUTHE

Edad:
38 años

Fecha:
05/08/2022

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

POR ESTE MEDIO HAGO CONSTAR QUE EL/LA C. GRETEL GUTIERREZ LUTHE DE 38 AÑOS DE EDAD ES PORTADOR DE: PROTRUSIÓN DISCAL DE L5-S1, RADICULOPATÍA CIÁTICA DERECHA

DOCUMENTADO POR: DATOS CLÍNICOS Y RESONANCIA MAGNETICA

POR LO QUE SE REALIZARÁ: CRIOANALGESIA DE L5

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