

Paciente:
BELLANIDES GUTIERREZ SEGURA

Edad:
75 años

Fecha:
18/09/2023

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

POR ESTE MEDIO HAGO CONSTAR QUE EL/LA C. BELLANIDES GUTIERREZ SEGURA DE AÑOS DE EDAD ES PORTADOR DE: GONARTROSIS GRADO 4 AMBAS RODILLAS, DOLOR MAS INTENSO DEL LADO IZQUIERDO

DOCUMENTADO POR: DATOS CLINICOS Y RADIOGRAFIA

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