

Paciente:
PABLO GONZALEZ SEGURA

Edad:
64 años

Fecha:
13/09/2024

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

POR ESTE MEDIO HAGO CONSTAR QUE EL/LA C. PABLO GONZALEZ SEGURA DE 64 AÑOS DE EDAD ES PORTADOR DE: TUMORACION EN LOBULO PROSTATICO IZQUIERDO Y ELEVACION DEL ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO

DOCUMENTADO POR: DATOS CLINICOS, LABORATORIOS Y RESONANCIA MAGNETICA

POR LO QUE SE REALIZARA: BIOPSIA TRANSPERINEAL DE PROSTATA

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