

Paciente:
MIRIAM NOEMI BADIAS PINTO

Edad:
76 años

Fecha:
15/05/2023

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

POR ESTE MEDIO HAGO CONSTAR QUE EL/LA C. MIRIAM NOEMI BADIAS PINTO DE 76 AÑOS DE EDAD ES PORTADOR DE: ESPONDILOLISTESIS GRADO I DE L4 SOBRE L5, RADICULOPATÍA CIÁTICA EN DERMATOMA DE L5 Y S1, PROTRUSIÓN DISCAL DE L2-L3, L3-L4

DOCUMENTADO POR: DATOS CLINICOS, TOMOGRAFIA COMPUTADA Y RESONANCIA MAGNÉTICA

POR LO QUE SE REALIZARA: DESCOMPRESIÓN DISCAL PERCUTÁNEA DE L4-L5, CRIOANALGESIA DE LOS DERMATOMAS DE L5, S1 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