

Fecha Ingreso	06/06/2023
Hora Ingreso	02:35:00 PM
Usuario de Admisión	genesis.pinzon
No. de Recibo	
P-ID	918-1
Médico	IVONNE ALVARADO

Cat. Adm. HOSPITALIZADO (HSP)

Tipo Adm. CIRUGIAS (HSP)

Área Adm. SALA HOSPITALARIA

I.DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE									
Nombre	SOFIA BRADICA QUIEL			Sexo	FEMENINO	N°Identif	9-00-101-1768-D		
Edad	73 A 8 M 30 D	F.Nac.	07/09/1949	E.Civil	SOLTERO		Tel.	65922013	
Dirección	LA COLORADA								
Ocupación									
Cía Aseg.	JUBILADO			Lugar de Trabajo				Póliza	N/A
Responsable	SOFIA BRADICA QUIEL - [PACIENTE]			Tel.		N°Ident.Resp.			

HABITACIONES Y CAMAS ASIGNADAS

06/06/2023 03:39:33 F

Cód.	Cama	Habitación	Sala o Sección	Categoría
Precio Alternativo	Fecha y Hora Asignada			

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

ICD9	ICD10	Nombre
------	-------	--------

DIAGNOSTICOS DE EGRESO

ICD9	ICD10	Nombre
------	-------	--------

BENEFICIOS ASIGNADOS

Aseguradora	Prioridad	# Póliza	Certificado	Doble Cobertura?
53 JUBILADO	1	N/A		N

DIAGNOSTICOS DE SALIDA Y COMPLICACIONES CODIGO

FECHA	OPERACIONES	CODIGO

Condición de Salida: ☐ Autorizada ☐ Muerte ☐ Voluntaria (Firmar Revelo de Responsabilidad)

Días de Estadía: _____ FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE: _____

FIRMA DEL PACIENTE: _____

CLÍNICA HOSPITAL JESÚS NAZARENO
Vía Interamericana. Santiago de Veraguas. República de Panamá.
DR. JUAN A. ORTEGA R.

Cardiólogo

Teléfono: 958-8756 – Celular: 6615-3447

SOLICITUD DE ELECTROCARDIOGRAMA

Nombre: Sotia Bradica **Edad:** 73 años

S.S: _____ **Cédula:** 9-101-1768 **Sexo:** F

Domicilio: _____ **Teléfono:** _____

Ocupación: _____ **Fecha:** 10/5/2023

HISTORIA CLINICA:

IMPRESION DIAGNOSTICA:

EKGN: 102 **FECHA:** 10/5/23 **RITMO:** sinusal **FRECUENCIA:** 78
PR: 0,18 **QRS:** 0,08 **QT:** 0,40 **AQRS:** -15°

INTERPRETACIÓN:

Normal.

DR. JUAN ORTEGA
CARDIOLOGO CLINICO
COD. 1838 REG. 1459



DR. JUAN A. ORTEGA R.
CARDIOLOGO
REG: 1459 COD: 1838

Dra. Ivonne Alvarado

Especialista en Enfermedades de los Ojos

CIRUJANA OFTALMÓLOGA

CLÍNICA HOSPITAL JESÚS NAZARENO

Tels: 998-1581 / 998-3181

Nº

5360

Nombre: Sofia Brach

S.S.: 9-101-1768 Fecha: 06-06-23

R_x

Ordines Preoperatorios

De: Catarata OT

- ① ASOP ✓
- ② NX13 ✓
- ③ Repaso de lentes
- ④ VIC: LR 100cc pp en cho
- ⑤ Dilatar Op Izquierdo con gota de TP q/5min
#3 P①
- ⑥ Averiguar laboratorios al expediente
- ⑦ Enviar a SOP al ser llamado

Dra. Ivonne Alvarado

Cirujana Oftalmóloga

Cód. A-426 * Reg. 7041



Dra. Ivonne Alvarado
Oftalmóloga

Código: A-426 / Reg.: 7041

LABORATORIO CLINICO BOSQUEZ

【Test Hematológicos】

Nombre: SOFIA BRADICA

Sexo: Mujer

Edad:

ID muestra: 5

Tipo de paciente:

No. cama:

ID del paciente: 9-101-1768

Departamento:

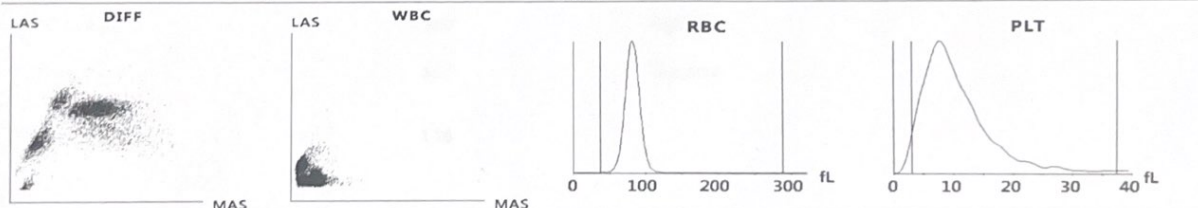
Hora de análisis: 20-05-2023 09:01

Modo:

Sangre total-CBC+DIFF

Param	Resultado	Unidad	Rango referencia
1 WBC	8.70	10 ⁹ /L	4.00 - 10.00
2 Neu#	4.99	10 ⁹ /L	2.00 - 7.00
3 Lym#	1.61	10 ⁹ /L	0.80 - 4.00
4 Mon#	0.66	10 ⁹ /L	0.12 - 1.20
5 Eos#	H1.42	10 ⁹ /L	0.02 - 0.50
6 Bas#	0.02	10 ⁹ /L	0.00 - 0.10
7 Neu%	57.4	%	50.0 - 70.0
8 Lym%	L 18.5	%	20.0 - 40.0
9 Mon%	7.6	%	3.0 - 12.0
10 Eos%	H16.3	%	0.5 - 5.0
11 Bas%	0.2	%	0.0 - 1.0
12 NLR	3.10		
13 PLR	162.73		
14 RBC	4.00	10 ¹² /L	3.50 - 5.50
15 HGB	12.7	g/dL	11.0 - 16.0
16 HCT	36.3	%	34.0 - 54.0
17 MCV	90.8	fL	84.0 - 98.0
18 MCH	31.8	pg	27.0 - 34.0
19 MCHC	35.0	g/dL	32.0 - 36.0
20 RDW-CV	11.4	%	11.0 - 16.0
21 RDW-SD	38.0	fL	35.0 - 56.0
22 PLT	262	10 ⁹ /L	150 - 400
23 MPV	8.9	fL	7.0 - 11.0
24 PDW-CV	L 12.3	%	15.0 - 17.0
25 PDW-SD	11.9	fL	9.0 - 17.0
26 PCT	2.34	mL/L	1.08 - 2.82
27 P-LCC	54	10 ⁹ /L	30 - 90
28 P-LCR	0.206		0.110 - 0.450

Info WBC
Eosinofilia
Info RBC
Info PLT



Médico: I. ALVARADO

Usuario: Admin

Supervisor:

Hora toma de muestra:

Hora de entrega:

Hora de impresión: 20-05-2023 09:30

Observaciones:

【El resultado del análisis solo cuenta para esta muestra】

8/12

J. B. Bosquez
Lic. Andrés A. Bosquez G
 TECNÓLOGO MÉDICO
 REG. 1650 FOLIO 195

No. de Orden: 111205~23

Nombre: **SOFIA BRADICA QUIEL**

Cédula: 09- 00101-001768

Edad: 73 Años . 8 Mes(es) Sexo: MUJER

Dirección:

Médico: IVONNE ALVARADO

Registro: 1040

Fecha: 22-may-2023 hora: 01:58:11 p. m.



**LABORATORIO
CLINICO
BOSQUEZ**

A Un Costado de La Catedral y
La Caja de Ahorros
TELEFAX: 998-4108

Pruebas	Resultados	Unidades	Referencia
<u>REPORTE DE QUIMICA GENERAL</u>			
GLUCOSA EN AYUNAS	114.6	mg/dl	75-110
CREATININA	0.9	mg/dl	0.6 - 1.4
NITROGENO DE UREA	11.6	mg/dl	4.6 - 23.3
<u>REPORTE DE INMUNOSEROLOGIA</u>			
VDRL	NO REACTOR		
<u>REPORTE DE COAGULACION</u>			
<u>TP</u>			
**Control:	13.5	Segundos	
**Paciente:	14.0	Segundos	
<u>TPT</u>			
**Control:	30.0	Segundos	
**Paciente:	33.7	Segundos	
INR	1.06		

Realizado por: _____

Fecha : _____

Lic. Andrés A. Bósquez G.
TECNÓLOGO MÉDICO
REG. 1650 FOLIO 195

/Kc.Ba

ESTE INFORME DEBE SER INTERPRETADO POR SU MÉDICO

et
BMS
BMS
BMS
esto
otal
ago
dito
DO
lto

No. de Orden: 111205~23

Nombre: SOFIA BRADICA QUIEL

Cédula: 09- -00101-001768

Edad: 73 Años . 8 Mes(es)

Sexo: MUJER

Dirección:

Médico: IVONNE ALVARADO

Registro: 1040

Fecha: 22-may-2023 hora: 01:58:11 p. m.

#0#



**LABORATORIO
CLINICO
BOSQUEZ**

A Un Costado de La Catedral y
La Caja de Ahorros
TELEFAX: 998-4108

Pruebas	Resultados	Unidades	Referencia
---------	------------	----------	------------

REPORTE DE URINALISIS

Muestra: ORINA

Prueba: ORINA GENERAL

**Color	AMARILLO
**Aspecto	TURBIO
**Gravedad Especifica	1.017
**P.H	6.0
**Glucosa	NEGATIVO
**Albumina	NEGATIVO
**Sangre Oculta	NEGATIVO
**Cetonas	NEGATIVO
**Bilis	NEGATIVO
**Nitritos	POSITIVO
**Urobilinogeno	NORMAL

***Análisis Microscópico**

**Globulos rojos	1 - 2 X C
**Leucocitos	1 - 2 X C
**Células Epiteliales	2 - 3 X C
**Mucosidades	POCAS
**Bacterias	3 +

Lic. Andrés A. Bósquez G.

TECNÓLOGO MÉDICO
REG. 1650 FOLIO 195

Realizado por: _____

Fecha : _____

[Signature] 22/5/2023

/Kc.Bo

ESTE INFORME DEBE SER INTERPRETADO POR SU MÉDICO



Serra_radiologia



Serra Radiología



6781-0877 6275-6663 6818-4406



Clínica Hospital San Juan de Dios



Clinica Hospital Jesus Nazareno



Central Clinic

NOMBRE: BRADICA, SOFIA
CÉDULA: 9-101-1768
SEXO: F
MEDICO REFERENTE:

FECHA DE NACIMIENTO: 07-Sep-1949
FECHA DE ESTUDIO: 15-May-2023 03:16:09 PM

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX

El estudio consta de proyección PA.

Se reconoce engrosamiento del intersticio pulmonar hacia la periferia de los lóbulos superiores de ambos pulmones y en ambas bases pulmonares.

No identifico nódulos, masas ni consolidados.

Tampoco observo masas en el mediastino.

La relación cardio torácica es menor de 0.5.

No hay efusión pleural.

Formaciones osteofitarias en los cuerpos vertebrales dorsales y desviación dorsal de convexidad derecha.

OPINIÓN

Cambios fibróticos pulmonares.
Escoliosis degenerativa dorsal.


DR. GUILLERMO AMADOR
MÉDICO RADIÓLOGO
MÉDICO 2019

Enlace del procedimiento:

<https://radpanama.ramssoftpacs.com/powerreader/mobile/index.aspx?StudyInstanceUID=1.2.840.113564.1921681010.20230515150802249870&PatientID=9-101-1768>

Escanear el siguiente Código para revisar su estudio:





SERRA RADIOLOGÍA S.A.

Diagnóstico por imágenes



Serra_radiologia



Serra Radiología



6781-0877 6275-6663 6818-4406



Clínica Hospital San Juan de Dios



Clinica Hospital Jesus Nazareno



Central Clinic

NOMBRE: BRADICA, SOFIA

CÉDULA: 9-101-1768

SEXO: F

MEDICO REFERENTE:

FECHA DE NACIMIENTO: 07-Sep-1949

FECHA DE ESTUDIO: 15-May-2023 03:16:09 PM

Escanear el siguiente Código para revisar su estudio:



SALON DE OPERACIONES
HOJA DE CUENTA DE GASAS E INSUMOS

NOMBRE DEL PACIENTE: Sofía Bradić
CEDULA: 9.101.1748 EDAD: 73 DIRECCIÓN: _____

DIAGNÓSTICO: Catarata op Izquierda
CIRUGÍA: _____

CIRUJANO: Dr. C. Bradić ASISTENTE: _____
ANESTESIOLOGO: Dr. C. Bradić ASISTENTE: _____
INSTRUMENTISTA: Dr. C. Bradić CIRCULANTE: Dr. C. Bradić

TIEMPO QUIRÚRGICO:

ENTRADA A QX: 3:25pm INICIO DE CX: 3:45pm TERMINA CX: 4:14pm SALIDA DE QX: 4:20pm

EN CASO DE CESAREA:

HORA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: _____ PEDIATRA: _____

GASAS RAYTEX	INSUMOS GENERALES	INSUMOS
CUENTA COMPLETA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<u>✓ Cuchillito 2.2 = 1 ✓</u> <u>✓ Cuchillito 15 = 1 ✓</u> <u>✓ Cuchillito = 1 ✓</u> <u>✓ Gasas 2x2 pag. = 1 ✓</u> <u>✓ Gasas 2x2 pag. = 2 ✓</u> <u>✓ Frenquillo 3cc = 3 ✓</u> <u>✓ Frenquillo 3cc = 1 ✓</u> <u>✓ Conector de 1/4 = 1 ✓</u> <u>✓ Vaso de 100 = 1 ✓</u> <u>✓ Pad de op = 1 ✓</u> <u>✓ Guante 6 1/2 = 1 ✓</u> <u>✓ Guante 7 = 1 ✓</u> <u>✓ Guante 8 = 1 ✓</u> <u>✓ Gasas 4x4 pag. = 1 ✓</u> <u>✓ Frenquillo 10cc = 1 ✓</u>	BISTURI: SUTURAS: <u>✓ Anestesia</u> <u>✓ Mediglen 2mg + 10mg</u> <u>✓ Sutura 18</u> <u>✓ Frenquillo 3cc = 2</u> <u>✓ Electrodo: 5</u> <u>✓ Cable nasal: 1</u>

OBSERVACIONES: _____

#CNA00

+24.0D

SN 25442168 016

D nozzle

Clareon™ IOL

GTIN 00380652393799

Ø 13.0mm

Ø 6.0mm

2025-07-12

UDI



Alcon

INSTRUMENTO ELABORADO POR INSQUIVESA



Tu guía a
una mejor
Salud

CONSENTIMIENTO

Nombre Completo: SO
Fecha Nacimiento: 07/

Mi (s) médico (s) me
(los) siguientes, cirujano

MEDICA NORTE
informado (a) y
se le efectúan. Us
información sobre

La información s
y quirúrgicos, ut
elaborado por a
y explicarle qu
presentan la
mencionadas

Si usted no

Si usted tie

CONSENTIMIENTO

Re
an
as
e
p

1.

NOMBRE Sofía Bradić

CÉDULA 9-101-1768

REGISTRO DE ANESTESIA

No.S.S. 098 FECHA 6/6/23

SERVICIO 098 CAMA

DIAG. PRE. OP. Cateterización QUIROFANO NO. 12
DIAG. POS. OP. ECUTUS
OPERACIÓN: ECUTUS
ANESTESIOLOGO: Dr. C. Hernández HORA DE INICIO: 3:45
CIRUJANO: Dr. Alvarado HORA TERM: 6:15
INSTRUMENTISTA: Colita CTA DE GASAS: 0
ANESTESIA: Local CIRCULADORA: Novo ASISTENTES: Novo

BAJO MASC. ☐ INT. ORAL ☐ INT. NASAL ☐ TUBO N° ☐ AGUJA RAQ. N° ☐
AGENTE PAX PULSO (I) RESP. (I) TEMP. (I) COM. ANEST. X COMP. OP. (I) TERM. ANEST. (X)

HORA	TEMP	PA	SP O2	PULSO	RESP.	TEMP.	COM. ANEST.	COMP. OP.	TERM. ANEST.
3:45				100	100				
39	260			100	100				
38	240								
37	220								
36	200								
35	180								
34	160								
33	140								
32	120								
31	100								
30	80								
29	60								
28	40								
27	20								
26	10								

PRE ANESTESIA
HORA
DROGAS

RIESGO (A. SA.) 11
SEXO F EDAD 38
PESO 56 ESTAT 1.56
HB 12 HCTO 37
TIPAJE
ORINA
EX PULM
ECG.
GLUCEMIA
TPO. PROTOMINA
OTROS EX.

CABEZA
DENT.
CUELLO
CARDIO
PULM
RENAL
HEPT
NEUROL
ALERGIAS
ENDO CRINO
DROGAS

OBSERVACIONES

1. Hidratación
2. Depuración

MONITOREO

ESQUEMA DE HIDRATACION

1. REQUERIMIENTO DIARIO:
2. AYUNO
3. MANTENIMIENTO
4. EXPOSICION

PERO ESTIMADA

VOL. SANG

(HCTO + 50) KG

DIURESIS:

#CNA0TO

+24.0D

Clareon™ IOL

UDI



00380652393799

CE 0123

Ø, 13.0mm

Ø, 6.0mm

SN 25442168 016

L R

?

+

+

+

+

+

+

+

+

+

+

+

Sofía Bradić

Dr. Alvarado

Clínica Médica Norte

AFFIX TO IMPLANT CARD

Alcon

300036388 Rev. 01

#CNA0TO

D nozzle

+24.0D

Clareon™ IOL

GTIN

00380652393799

UDI



Ø, 13.0mm

Ø, 6.0mm

REF CNA0T0.240



SN 25442168 016

2025-07-12



UV &
BLUE
LIGHT
FILTER

Alcon

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO MEDICO Y QUIRURGICO

Nombre Completo: SOFIA BRADICA QUIEL

Fecha Nacimiento: 07/09/1949

Mi (s) médico (s) me han informado que él (los) procedimiento (s) que planifica (n) hacerme es (son) el (los) siguientes, cirugía o tratamiento propuesto a realizar

MEDICA NORTE NUEVO SANTIAGO, S.A. y todas sus afiliadas considera que usted tiene derecho a ser informado (a) y tomar decisiones con respecto a los tratamientos y procedimientos médicos y/o quirúrgicos que se le efectúen. Usted debe ser parte de la decisión de este proceso. Su (s) médicos debe (n) proveerle la información sobre el tratamiento médico quirúrgico propuesto basado en su condición.

La información siguiente contiene un texto estándar de consentimiento informado para procedimientos médicos y quirúrgicos, utilizado tanto para procedimientos menores como en los más complicados y serios. No ha sido elaborado por asustarlo o alarmarlo, es un esfuerzo para que usted sea RAZONABLEMENTE INFORMADO (A) y explicarle que TODOS los procedimientos conllevan riesgos. Por ejemplo, en muchas operaciones solo presentan la posibilidad remota de necesitar transfusiones sanguíneas, sin embargo las mismas son mencionadas en este texto.

Si usted no comprende algo PREGUNTE a su(s) médico (s).

Si usted tiene dudas o preguntas no contestadas NO FIRME ESTE DOCUMENTO.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. Reconozco durante el curso de mi operación, cuidados post operatorio, tratamiento médico, anestesia, analgesia u otro procedimiento, existen condiciones imprevistas así como riesgos y complicaciones asociadas que pueden necesitar procedimiento diferentes o adicionales a los que hayan sido descritos en el presente documento. Por esta razón autorizo a mi(s) medico(s) y a sus asistentes, a realizar dicho procedimiento quirúrgico y cualquier otro procedimiento que sea necesario en el buen ejercicio y juicio profesional de los mismos. La autorización que doy se extiende al tratamiento de todas las condiciones que requieran tratamiento inmediato y/o complicaciones asociadas y que surjan como inconvenientes potenciales y/o riesgos durante o después del procedimiento o cirugía.

He sido informado (a) que existen riesgos significativos tales como reacciones alérgicas, coágulos en las venas y pulmones, pérdida de sangre, infecciones, paro cardíaco, que pueden llevarme a la muerte, incapacidad parcial o permanente y que suscitarse deben ser atendidos.

2. Reconozco que en los casos en donde son necesarias incisiones y/o suturas pueden ocurrir infecciones, dolor en la herida, formación de hernias (debilidad o abombamiento) y que esta complicaciones pueden requerir tratamientos o procedimiento futuros

3. Reconozco en la lista de riesgos y complicaciones de este documento pueden no estar incluidos todos los riesgos posibles o conocidos de la cirugía o procedimiento que se me planifica realizar, pero que la misma expone las complicaciones más comunes o severas. Reconozco que en futuro pueden emerger complicaciones no mencionadas en este documento.

Deberes y Derechos de los Pacientes

Deberes que contrae el Paciente con el Hospital:

1. Colaborar en el cumplimiento de las normas e instrucciones establecidas en el Hospital, así como de informarse, conocer y respetar las normas de funcionamiento del Hospital.
2. Tratar con el máximo respeto al personal del Hospital y respetar los derechos de los otros pacientes, familiares y visitantes.
3. Utilizar de manera responsable las instalaciones y de colaborar con el mantenimiento de la habitabilidad del Hospital.
4. Cumplir con el tratamiento recomendado por su médico. En caso contrario y cuando legalmente pueda rechazarlo, tiene el deber de solicitar y firmar el documento de alta voluntaria o liberación de responsabilidad, donde se responsabiliza por la decisión tomada. Si el paciente se niega a firmar este documento, la Dirección del Hospital, a propuesta de su médico responsable, podrá dar el Alta al Paciente.
5. Cancelar las cuentas generadas por la atención recibida, proporcionando la información general y financiera necesaria, así como firmar todos los consentimientos presentados al momento de su admisión y durante su hospitalización para la realización de procedimientos médicos.
6. Suministrar información sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como colaborar con su obtención.

Derechos del Paciente:

1. El Paciente tiene derecho a recibir una atención sanitaria integral adecuada a sus necesidades de salud, dentro de un funcionamiento eficiente de los recursos sanitarios existentes, a obtener una evaluación y manejo apropiado del dolor y a que su familiar responsable también tenga acceso a esta misma información.
2. EL Paciente tiene derecho al respeto de su personalidad, dignidad, intimidad, seguridad y privacidad personal, sin que pueda ser discriminado por razones de tipo social, económica, moral, ideológica, cultural, religiosa o racial.
3. El Paciente tiene derecho a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso de atención, incluido el secreto de su estancia en el Hospital, salvo por exigencias legales que hagan imprescindible la entrega de la información contenida en el expediente a instancias judiciales.
4. El Paciente tiene derecho a recibir en un lenguaje comprensible, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso incluyendo diagnósticos alternativos de tratamiento, sus riesgos y pronósticos. En caso de que el paciente no quiera o no pueda manifiestamente recibir dicha información, ésta deberá proporcionarse a sus familiares o personas legalmente responsables.
5. El Paciente tiene derecho a la libre elección entre las opciones que le presente su médico responsable, siendo preciso su consentimiento previo expresado por escrito ante la realización de cualquier intervención, excepto los siguientes casos:

1,020.00
347.50
950.00
347.50
402.00
Valor
Total Neto
Exento ITBM
Gravado ITBMS
ITBMS
Total Impuesto
Total
Forma de Pago
Crédito
L PAGADO
Vuelto

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
ANESTESIA**

Panamá, República de Panamá a los días 06 del mes de junio del 2023. Quien suscribe, SOFIA BRADICA QUIEL, portador(a) de la cedula de identidad personal numero 9-00-101-1768 de 73 años de edad, reconozco que me ha sido INFORMADO por el anesthesiologo de forma amplia, precisa, clara y sencilla de los riesgos y beneficios de someterme al procedimiento anestésico.

Estoy consciente de que en cualquier momento pueden presentarse complicaciones y cambios hemodinámicos inherentes a los anestésicos y medicamentos utilizados, como respuesta de mi organismo ante los mismos, y de los cuales, desconocía previamente.

Se me informó de la posibilidad de presentar respuestas alérgicas, reacciones adversas ó efectos indeseables a los anestésicos, medicamentos y soluciones utilizados durante mi intervención quirúrgica, mismos que a su vez pueden acarrear complicaciones en mi organismo, requerir tratamientos médicos complementarios.

Acepto haber comprendido las explicaciones por parte del médico, han sido aclaradas todas mis dudas y estoy satisfecho (a) con la información recibida.

Comprendiendo el alcance de los riesgos y beneficios, firmo este consentimiento por mi libre voluntad en presencia de mis testigos. y/o familiares sin haber estado sujeto (a) a ningún tipo de presión o coacción para hacerlo, por lo anterior es mi decisión AUTORIZAR al especialista de someterme al procedimiento anestésico.

Declaro: que he leído / comprendido la información precedente, que he sido informado por el médico de los riesgos del procedimiento, que se me ha explicado las posibles alternativas y que sé que, en cualquier momento, puedo revocar mi consentimiento sin dar explicación alguna.

Estoy satisfecho con la información recibida, he podido formular toda clase de preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.

En caso de pacientes inconsciente o incapaz de tomar decisiones al momento de su admisión, un representante firmará el presente documento.

Firma del paciente o quien Representa: *Sofia Bradica Quiel*

Cédula: PE-11-237

Teléfono: 6592 20 13

Dirección: Villas del Sur

Anestesiólogo: _____

Firma y Sello: _____