

Tipo Intervencion _____

Neurocirugía

Dr. Trujillo
Dr. Montero
Dr. Franco
Dr. Barbeito
Dr. Pino
Dr. Muñoz

¿Qué es _____?:

¿Para que se realiza?:

Neurología

Dr. Gata
Dr. Márquez
Dr. Ceballos
Dr. Orozco

¿Cómo se hace?:

Neurofisiología

Dr. Rodríguez
Dr. Moreno
Dra. Gutierrez
Dra. Carranza

¿Tiene riesgos?

Complicaciones de forma general.

Anestesia

Dra. Gracia
Dr. Gutierrez

Debe saber que si ocurre cualquier complicación, todos los medios médicos y técnicos del hospital están preparados para intentar solucionarlas.

Unidad del Dolor

Dr. Castillo
Dr. Suarez

¿ Hay otras alternativas?

Neuropsicología

Dra. Prián
Dra. Nuñez

Manifiesto que tras la información recibida estoy conforme con la realización de dicho procedimiento. También soy consciente de que puedo rechazar/revocar la realización de la intervención y/o prueba en cualquier momento sin necesidad de justificarlo, siendo necesario únicamente comunicar a IENSA el rechazo de la intervención y/o prueba.

Neuropsicología Infantil

Dra. Jurado

Endocrinología

Dr. Leal

DNI. _____

Representan autorizado _____

DNI. _____

Dr. D. _____

Certifico que el paciente o la persona autorizada a actuar en su nombre ha sido informado/a de forma comprensible de la naturaleza de la intervención, de posibles alternativas a la misma, y de los riesgos que la misma conlleva.

Fecha _____

