

**Neurocirugía**

Dr. Trujillo  
Dr. Montero  
Dr. Franco  
Dr. Barbeito  
Dr. Pino  
Dr. Batista

Tipo Intervencion \_\_\_\_\_

¿Qué es \_\_\_\_\_?:

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ 

¿Para que se realiza?:

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ **Neurología**

Dr. Gata  
Dr. Márquez  
Dr. Lobato

¿Cómo se hace?:

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ **Neurofisiología**

Dr. Rodríguez  
Dr. Moreno  
Dra. Carranza

¿Tiene riesgos?

\_\_\_\_\_ **Anestesia**

Dra. Gracia  
Dr. Gutierrez

Complicaciones de forma general.

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ **Unidad del Dolor**

Dr. Castillo  
Dr. Suarez

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

Dra. Prian  
Dra. Nuñez

¿Hay otras alternativas?

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ 

**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.**

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 \_\_\_\_\_

