



**CONSENTIMIENTO INFORMADO  
TOMA DE RADIOLOGÍA SIMPLE  
A-TIC-HC-MA-001-PR-003-FO-014 V1 15-10-2021**

Por medio del presente documento, en pleno uso de mis facultades mentales y sin limitaciones o impedimentos de carácter médico o legal, en forma libre otorgo mi consentimiento para que el paciente identificado en este documento se practique por parte de los profesionales al servicio de CECIMIN, el procedimiento radiológico que el médico solicitante ha considerado necesario y justificado.

Estoy consciente de la necesidad, objetivos e importancia de la(s) radiografía(s) que se quieren para obtener el diagnóstico de mi estado de salud, a la(s) cual(es) me voy a someter, entiendo que el procedimiento de salud se apoya en estudios de imágenes radiográficas que teniendo como **beneficios** tomar decisiones más precisas, acertadas y establecer diagnósticos en el estudio de los pacientes. Para estos estudios se utilizan rayos X, (Radiaciones Ionizantes) a estas radiaciones se les conoce los efectos biológicos y el **riesgo o complicación** de daño que pueden causar, de las dosis recibidas en los exámenes son relativamente bajas y en la mayoría de casos no presentan complicaciones, representando un riesgo mínimo a la exposición a la radiación, además de la aplicación de principios, leyes, y medidas de radioprotección conducentes a prevenir y minimizar los efectos indeseables producidos por las radiaciones ionizantes cumpliéndose en este servicio con normas establecidas.

La \_\_\_\_\_ alternativa \_\_\_\_\_ para \_\_\_\_\_ este \_\_\_\_\_ tipo \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ procedimiento \_\_\_\_\_ es:

Comprendo que la garantía de los resultados está sujeta a múltiples factores. Confió en el buen juicio y las decisiones del profesional durante el procedimiento, buscando siempre mi mayor beneficio.

Es necesario que usted informe si tiene sospechas de estado de embarazo para que el profesional tome consideraciones especiales en su caso y medidas protectoras para minimizar el riesgo de radiación.

Sospecha de embarazo: Si ( ) No ( )

**Recomendaciones**

En el caso que el paciente sea menor de edad o no esté en pleno uso de sus facultades físicas y mentales debe estar acompañado por alguno de sus familiares, su representante legal y/o por su acudiente durante la realización de dicho procedimiento.

Yo, \_\_\_\_\_ identificado (a) con tipo de documento: CC CE PA, Número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ autorizo al personal de Cecimin S.A.S. para realizar el (los) procedimiento (s) de la TOMA DE RADIOGRAFÍAS en mi o en el paciente \_\_\_\_\_ conforme a lo ordenado por el médico tratante.

De igual forma declaro, teniendo la capacidad legal de hacerlo, que se me ha informado en un lenguaje claro y sencillo por parte de los profesionales de la salud de Cecimin S.A.S. sobre la naturaleza y propósito de los procedimientos descritos en este documento, así como lo relativo de las complicaciones más frecuentes derivadas de los mismos; además se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido contestadas satisfactoriamente.

Firma del paciente o responsable \_\_\_\_\_



**CONSENTIMIENTO INFORMADO  
TOMA DE RADIOLOGÍA SIMPLE  
A-TIC-HC-MA-001-PR-003-FO-014 V1 15-10-2021**

Documento de identidad \_\_\_\_\_  
Parentesco (si no es el paciente) \_\_\_\_\_

En mi condición de personal encargado de realizar el (los) procedimiento (s) descrito (s) dejó expresa constancia que he explicado la naturaleza, propósitos, ventajas, riesgos y alternativas y he contestado todas las preguntas que el paciente y/o su familia me han formulado sobre el particular

Nombre y firma del personal \_\_\_\_\_  
Documento de identidad \_\_\_\_\_  
Fecha en el que se firma \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de (año) \_\_\_\_\_