



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

### Examen radiológico en pacientes embarazadas

Médico Solicitante: \_\_\_\_\_ RUT Médico Solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Mediante el presente, autorizo la realización del examen imagenológico:

---

Con previo consentimiento de

Paciente: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

#### Riesgos del examen radiológico:

Los rayos X son potencialmente peligrosos para el feto, no obstante, con los elementos de protección radiológica y las técnicas actuales, la cantidad de radiación que se recibe es pequeña.

Como medida de protección se le va a colocar protección plomada en el abdomen (si el examen no es de esa zona) para disminuir considerablemente la radiación que llegue hasta el útero, de esta forma, se reducen los efectos perjudiciales.

Su médico ha considerado que los beneficios que se obtienen para su diagnóstico al realizar la exploración, superan a los posibles perjuicios que le puedan ocasionar.

**Es imprescindible que nos dé su consentimiento por escrito para poder realizar el examen:**

Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición de embarazo, así como de los riesgos de este procedimiento. También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala.

En tales condiciones, CONSIENTO que se me efectúe la radiografía/scanner (TAC).

---

Firma de  
Médico Solicitante

---

Nombre y Firma del  
Tecnólogo Médico

---

Firma del paciente