SERVICIO FECHA: DIA MES AÑO EPS PARTICULAR SI ( ) NO ( )

ESTUDIO: MOTIVO DE LA SOLICITUD DEL SERVICIO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Etnia: Afrocolombiano \_\_ Indígena \_\_ Mestizo \_\_ Negro \_\_ Palenquero \_\_ Ninguno \_\_

Población Vulnerable: Discapacidad Visual\_\_ De Habla\_\_ Mental \_\_auditiva \_\_ Restricciones De Movilidad \_\_ otra ¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ninguno \_\_

DATOS DEL PACIENTE:

YO IDENTIFICADO CON C.C T. I Nº EN CALIDAD DE PACIENTE REPRESENTANTE LEGAL DE HE SIDO INFORMADO (A) POR EL TECNÓLOGO ACERCA DEL EXAMEN A REALIZAR .

Se le va a realizar una exploración imagenológica en la que se utiliza radiación ionizante, en forma de rayos x. Para proporcionar una información diagnostica que nos ayudará a identificar y tratar mejor su enfermedad, el tecnólogo en imágenes diagnosticas lo ubicará en el equipo de radiología convencional en el cual usted adoptará algunas posiciones sugeridas por el profesional, tomándose una serie de proyecciones que permitirá llevar a cabo el procedimiento solicitado.

# Beneficios del procedimiento:

El estudio es necesario para su diagnóstico y tratamiento, si decide realizarse el estudio diagnostico debe saber que se realiza con equipos calibrados y utilizado por profesional calificado que minimizan la exposición a las radiaciones ionizantes protegiendo su cuerpo en la medida de lo posible. SOLO se le realizara las radiografías necesarias.

# Riesgos del procedimiento:

Una ligera elevación del riesgo de padecer alguna neoplasia en el futuro, este riesgo es menor del 0.5% por lo que se puede considerar muy bajo en comparación con la incidencia normal de las neoplasias en la población, que es del 33% para mujer y el 50% para hombre de acuerdo a la sociedad americana de oncología.

1. **Implicaciones**:

no contar con un Diagnóstico concluyente, en consecuencia, no contar con un adecuado manejo y tratamiento

1. **Otras alternativas:**

La información que se obtiene mediante imágenes diagnosticas (RX) no pueden conseguirse con ningún otro método NO tiene alternativa de manejo

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el tecnólogo en radiología que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos de la toma de los rayos x, y en tales condiciones acepto las consideraciones anteriormente descritas.

# TODO ACOMPAÑANTE DEBE INGRESAR A LA SALA UTILIZANDO LOS ELEMENTOS DE RADIO PROTECCIÓN (CHALECO PLOMADO, PROTECTOR DE TIROIDES)

**Declaración De Firmas**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL PACIENTE** | | |  | **PROFESIONAL QUE REALIZA EL PROCEDIMIENTO** | |
| Leí, entendí y doy mi consentimiento  para que realicen el procedimiento anteriormente explicado | **SI** | **NO** | Yo, quien desempeño el cargo de , he informado el propósito y naturaleza del procedimiento descrito arriba, los beneficios, riesgos, recomendaciones pre y post procedimiento al paciente, quien refirió entender y aceptar. | |
|  |  |
| **Nombres completos** |  | |
|  |
| **Tipo y Número de Documento** |
|  |  | |
|  |
| **FIRMA** | |
| **FIRMA** | **HUELLA** | | **FECHA** |  |

# TUTOR LEGAL O FAMILIAR

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL TUTOR LEGAL O FAMILIAR** | |  | **TESTIGO** | |
|  | |  | |
| **TIPO ID Y NRO DE IDENTIFICACION** | **PARENTESCO** | **TIPO ID** | **NRO. IDENTIFICACIÓN** |
|  |  |  |  |
|  | |  | |
| **FIRMA** | | **FIRMA** | |

Como tutor legal o familiar del paciente, sé que el paciente ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito. El médico me ha explicado en forma satisfactoria qué es, cómo se hace, y para qué sirve este procedimiento. También se me ha explicado de sus riesgos y complicaciones. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello, doy mi consentimiento para que él(los) doctor(es), Tecnologos en rayos x y el personal auxiliar que el (ella) (ellos) precise(n) le realicen este procedimiento.