



ESTUDIOS POR IMAGENES CON CONTRASTE ENDOVENOSO

Nombre del paciente:.....

Nombre de los familiares/terceros:

Nombre del médico que realiza el procedimiento:

DOCUMENTO DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO

Estoy enterado que tengo el derecho de ser informado sobre mi afección y los métodos diagnósticos que se me realizarán. También me ha sido informado que puedo no desear recibir esta información. (Si este es el caso, el formulario queda en blanco y se suscribe en el lugar que se destina al pie).

Por el presente doy mi consentimiento para que se me realice estudio por imágenes con una inyección endovenosa de sustancia de contraste , que permite observar la tinción de los vasos y de los parénquimas (hígado, riñón, bazo, cerebro, etc.).

El procedimiento ha sido prescrito por el Dr.

Se me han explicado la naturaleza y el objetivo de lo prescrito, incluyendo riesgos significativos y alternativas disponibles. Las complicaciones del estudio son infrecuentes pudiendo ocurrir hematomas en el sitio de la inyección, molestias como irritación local del contraste y reacciones adversas con repercusión en la piel (picazón, ronchas) o generales como náuseas y vómitos, descenso de la presión arterial y dificultades respiratorias . Las reacciones severas son muy poco frecuentes y no están desencadenadas por reacciones de tipo inmunológicos ni de hipersensibilidad, careciendo por este motivo de valor científico, los test cutáneos tendientes a descartar supuestas reacciones alérgicas.

En concreto respecto de mi(s) dolencia(s) y riesgos específicos se me han señalado los siguientes:

.....
.....
.....

Estoy satisfecho con las explicaciones proporcionadas y las he comprendido, habiendo requerido las aclaraciones e informaciones adicionales pedidas.

He entendido que es posible que se requieran con immediatez tratamientos o intervenciones adicionales; presto consentimiento con aquellos que en la opinión del médico tratante sean necesarios



He sido informado que este consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento anterior a la realización efectiva de la práctica o procedimiento.

Tengo conocimiento que este consentimiento es extensivo a los métodos consecutivos, dependientes, simultáneos o nuevos que sean indicados durante la internación y con la misma base de riesgo.

Fecha:

Firma y aclaración del paciente:

Firma y aclaración de familiares o allegados:

Firma y aclaración del médico:

Negativa a recibir información

Firma y aclaración del paciente:

Firma y aclaración de familiares o allegados: