

3 PISO

**SOLICITUD DE VALORACION CARDIOLOGICA**  
**SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CANCER "SOLCA" NUCLEO DE QUITO**

Fecha: 02-AUG-2023 18:04:11

**CONFIDENCIAL**

No ESTUDIO:	86195	No. HISTORIA CLINICA :	309144	Cédula :	1705998126
Apellido Paterno	YANEZ	Apellido Materno	GUILCA	Primer Nombre	MARIA
				Segundo Nombre	AURORA
Sexo :	Femenino	Fecha Nacimiento :	05-SEP-1944	Edad :	79
				Fecha Solicitud :	02-AUG-2023

Dx : ONCOLOGICO ,C16.5

Tipo : TUMOR MALIGNO DE LA CURVATURA MENOR DEL ESTOMAGO. SIN OTRA

Médico Solicitante: CHECA ALTUNA TAMARA ANABEL  
MEDICO - CC: 1718988627

Realizar una: Valoración Clínica

Estudio Solicitado: ELECTROCARDIOGRAMA EKG

Datos de DETERIORO DEL ESTADO DE CONCIENCIA

SOLCA NUCLEO DE QUITO  
Dr. Rene Masaquiza  
INTERVISTA  
C.C. 171690



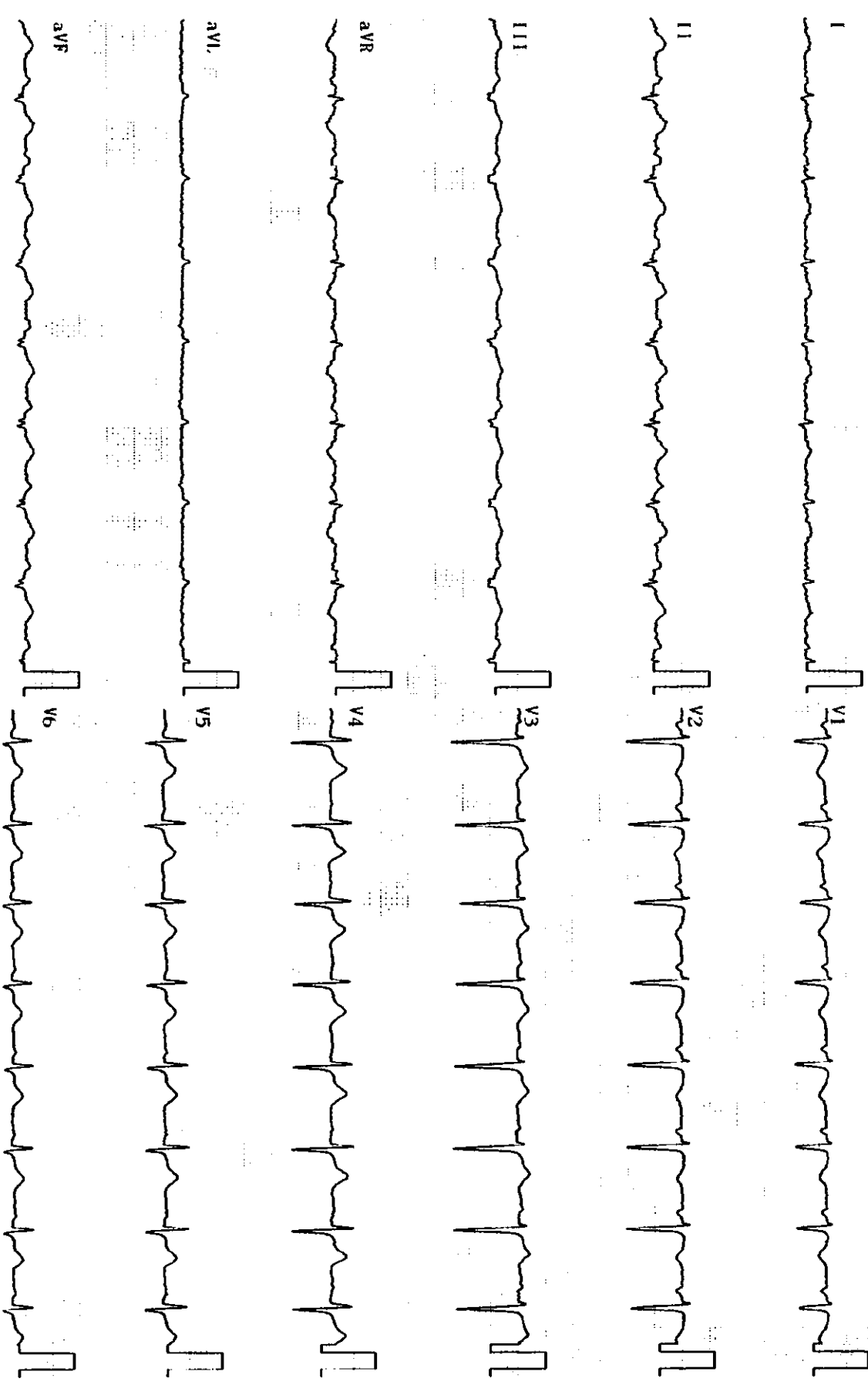
SOLCA, Núcleo de Quito  
Dra. Tamara Checa  
MEDICA RESIDENTE  
1718988627



P.O. 1123

aria  
Birth Date:  
79 Years  
Medication:  
cm  
kg  
mHg  
History:  
10 mmHg  
16 mmHg 25 mm/s Filter: 160 d 35 Hz

Aug 2 2023 7:09 PM  
101 bpm



Aug-2-2023 7:09 PM

Na...maria

Birth Date:

79 Years

Sex: Female

Weight 100 kg

Vent rate

100 bpm

PR int

132 ms

QRS dur

78 ms

QT/QTc int

338/395 ms

P/QRS/T axis

60/-56/64 °

RV5/SV1 amp

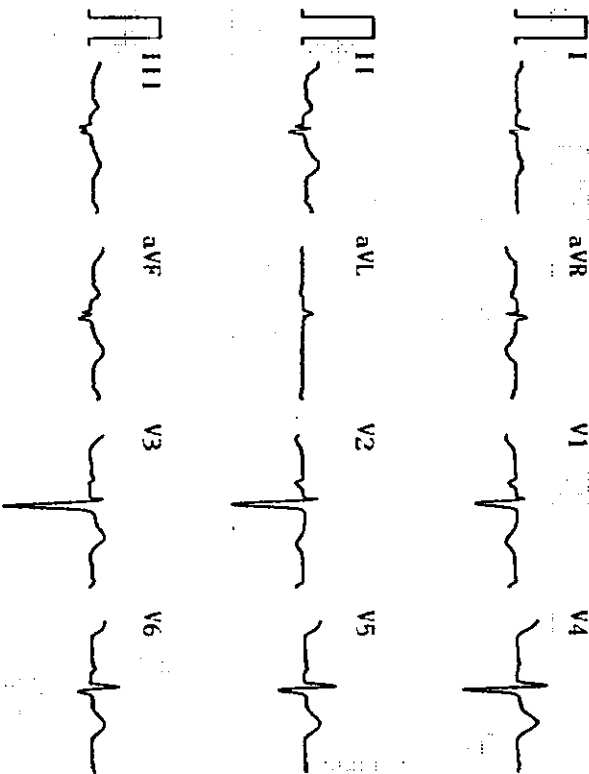
0.465/0.585 mV

RV5+SV1 amp

1.050 mV

1120 Sinus tachycardia  
3634 Inferior myocardial infarction, age undetermined  
8101 Low QRS voltage in limb leads  
9150 \*\* abnormal ECG \*\*

10 mm/mV 25 mm/s Average



Inconfirmed Report  
Reviewed by:

Exam:  
MIKONKODEN

Amstar FOW 210-3-160

ID: 309144

Name: Yancez Maria

Sex: Female Birth Date:

79 Years

Medication:

kg

mHg

Aug-2-2023 7:10 PM

Symptoms:

10 mmHg

25 mm/s

Filter: H60 d 35 Hz

History:

11 00:00 101 bpm

00:10 99 bpm

00:20 99 bpm

00:30 100 bpm

00:40 100 bpm

00:50 98 bpm



1350K 05-05 03-05 Dept.:

100%

Amplitude FOW210-3-140

Exam:

100% NICHOLSON

Amplitude FOW210-3-140

**INFORME DE ELECTROCARDIOGRAMA EN REPOSO DE 12 D**

NOMBRE: YANEZ GUILCA MARIA AURORA

FECHA: 02-08-2023

EDAD: 80 años

DG: ADENOCARCINOMA TUBULAR

H.CL: 309144

POBREMENTE DIFERENCIADO EN

ESTUDIO: 86195

CURVATURA MENOR DEL ESTOMAGO -

FUERA DE INSTITUCION

Fecha Confirmación: 09-08-2023 12:10

T. sinusal a 101 lat por min. Eje normal , P: 0.04 Pr: 0.16, Qrs:0.08, ST: normonivelado, QT: 338, Qtc:395.

**CONCLUSIONES:**

Taquicardia sinusal.


Mala progresión de r en cara septal.

Patrón qs que no completa cara inferior.

Responsable: ESPINOZA JARAMILLO FREDDY RODRIGO

ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA

CC 1804161329



SOLCA NUCLEO DE QUITO  
Dr. Freddy Espinoza  
CARDIOLOGO  
C.I.: 1804161329

**SOLICITUD DE VALORACION CARDIOLOGICA**  
**SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CANCER "SOLCA" NUCLEO DE QUITO**

**CONFIDENCIAL**

Fecha: 03-AUG-2023 11:14:47

No ESTUDIO: 86206 No. HISTORIA CLINICA: 309144 Cédula: 1705998126

Apellido Paterno	Apellido Materno	Primer Nombre	Segundo Nombre
YANEZ	GUILCA	MARIA	AURORA

Sexo: Femenino Fecha Nacimiento: 05-SEP-1944 Edad: 79 Fecha Solicitud: 03-AUG-2023

Dx: PRESUNTIVO ,C77.1  
Tipo: TUMOR MALIGNO DE LOS GANGLIOS LINFATICOS INTRATORACICOS

Médico Solicitante: PORTILLA ROSERO NICOLAS ANDRES

Realizar una: Valoración Prequirurgica

Estudio Solicitado: ECOCARDIO TRANSTORACICO BIDI DOPPLER

Datos de

PACIENTE ADULTA MAYOR INGRESADA POR FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO. AL EXAMEN FISICO SOPLO NUEVO EN FOCO TRICUSIDEO Y ACCESORIO GRADO II. SE SOLICITA ECOCARDIOGRAMA DE URGENCIA PARA DESCARTAR ENDOCARDITIS O VALVULOPATIA

Peso: 39 kg

TAUA: 150 cm

ASC 120m2

SOLCA NUCLEO DE QUITO  
Dr. Nicolas Portilla  
Médico Residente  
CUI 1723507123

2624323

ECOCARDIOGRAMA  
Dr. MEDICINA INTERNA Y  
CUIDADOS INTENSIVOS  
1705797078

SOLCA NUCLEO DE QUITO  
P.O. 1155

**"SOLCA" NUCLEO DE QUITO****CONFIDENCIAL****INFORME DE ECOCARDIOGRAMA**

NOMBRE: YANEZ GUILCA MARIA AURORA  
 EDAD: 80 años  
 H.CL: 309144  
 ESTUDIO: 86206

FECHA: 03-08-2023  
 DG: METASTASIS A GANGLIOS  
 LINFATICOS EN REGION 4L DE UN  
 CARCINOMA GASTRICO

MODO M Y BIDIMENSIONAL	Resultado (cm)
Ventrículo izquierdo diástole	2.80
Ventrículo izquierdo sistole	1.70
Fracción de acortamiento	36.00
Aurícula izquierda	38.00
Raíz de aorta	2.10
Grosor parietal septal	0.70
Grosor parietal pared posterior	0.60

DOPPLER	Veloc. Pico (m/s)	Regurgitación
Aorta	1.2	No
Pulmonar	.5	Fisiológico
Tricúspide	0	Fisiológico
Mitral E	.5	No
Mitral A	.9	No

Fecha Confirmación: 03-08-2023 15:03

**MODO M Y BIDIMENSIONAL.**

Diámetros ventriculares conservados.  
 Función sistólica de ventrículo izquierdo conservada, FEY estimada 70 %.  
 Motilidad parietal conservada.  
 Grosos parietales conservados.  
 Aurícula izquierda de diámetros conservados.  
 Aurícula derecha de diámetros conservados.  
 Raíz aortica con diámetros conservados  
 Ventrículo derecho motilidad y función sistólica conservada.  
 Masa en valva posterior aórtica 5 mm. .

**VALVULAS:**

Válvula aortica tri-valva, de morfoestructura normal y apertura conservada.  
 Válvula mitral, de morfoestructura normal y apertura conservada.  
 Válvula pulmonar de morfoestructura normal y apertura conservada.  
 Válvula tricuspídea de morfoestructura normal y apertura conservada.

**PERICARDIO:**

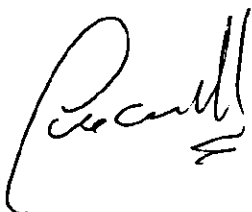
Pericardio libre.

**DOPPLER:**

No se detectaron cortocircuitos intracardiácos.  
 THP aórtico: 412 mseg. Psap. 50 mmhg.  
 Patrón de llenado mitral con relajación prolongada. e' lateral: 11  
 Tapse: 23 mm.

**CONCLUSIONES:**

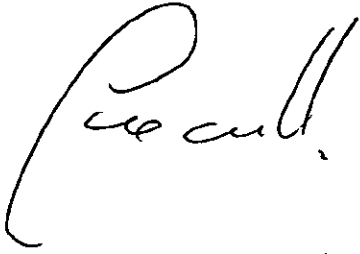
1. Falla diastólica grado I.
2. Función sistólica de VI conservada.



SOLCA NUCLEO DE QUITO  
 Dr. Freddy Espinoza  
 CARDIOLOGO  
 C.I.: 1804161329

3. Estudio con probabilidad iteredia de HTP.
4. Insuficiencia aórtica leve.
- 5.. Masa sugestiva de vegetación en válvula aórtica.

Responsable: ESPINOZA JARAMILLO FREDDY RODRIGO  
ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA  
CC: 1804161329



SOLCA NUCLEO DE QUITO  
Dr. Freddy Espinoza Jaramillo  
C.C. 1804161329



**SOLICITUD DE IMAGEN**  
**"SOLCA" NUCLEO DE QUITO**

**CONFIDENCIAL**

Fecha: 29-JUL-2023 09:46:20  
Usuario: NCHUQUIMARCA

Página 1 de 1

No. EXAMEN	4178153	No. HISTORIA CLINICA	309144	Cédula	1705998126
Apellido Paterno	YANEZ	Apellido Materno	GUILCA	Primer Nombre	MARIA
				Segundo Nombre	AURORA

No. CAMA:

Edad : 79      Sexo : Femenino      Estudios anteriores : NO

Médico Solicitante : CHUQUIMARCA MACHADO NAIR MELANIE

Fecha de Solicitud : 29-JUL-2023      Dpto. Solicitante : EMERGENCIA

**Datos de Orientación :**

PACIENTE CON CA GASTRICO QUIEN ACUDE POR DOLOR Y CONSTIPACION DE 5 DIAS

Diagnóstico : ADENOCARCINOMA TUBULAR POBREMENTE DIFERENCIADO. INVASIVO EN CURVATURA  
MENOR DE ESTÓMAGO - REVISION DE LAMINILLAS  
Tipo diagnóstico : ONC

**ESTUDIOS SOLICITADOS**

RX ABDOMEN DECUBITO DORSAL Y DE PIE

Tecnólogo:

FC

SOLCA NUCLEO DE QUITO  
Dra. Mariana Merchan  
EMERGENCIOLOGA  
C.C. 1705998126

SOLCA NUCLEO DE QUITO  
Dra. Nair Chuquimarca  
MEDICO RESIDENTE  
C.C. 1705998126

**RESULTADOS DE IMAGEN**  
**"SOLCA" NUCLEO DE QUITO**

**CONFIDENCIAL**

Fecha: 02-AUG-2023 07:30:23

Página 1 de 1

No. EXAMEN 4178153 No. HISTORIA CLINICA 309144 Cédula 1705998126

Apellido Paterno	Apellido Materno	Primer Nombre	Segundo Nombre
YANEZ	GUILCA	MARIA	AURORA

No. CAMA:

Edad : 79 Sexo : Femenino

Médico Solicitante : CHUQUIMARCA MACHADO NAIR MELANIE

Fecha de Solicitud : 29-JUL-2023 Dpto. Solicitante : EMERGENCIA

Datos de Orientación :

PACIENTE CON CA GASTRICO QUIEN ACUDE POR DOLOR Y CONSTIPACION DE 5 DIAS

Diagnóstico : ADENOCARCINOMA TUBULAR POBREMENTE DIFERENCIADO, INVASIVO EN CURVATURA  
MENOR DE ESTÓMAGO - REVISION DE LAMINILLAS

Tipo diagnóstico :  
ONC

**RESULTADOS DE ESTUDIO**

Fecha Resultados : 02-AUG-2023

Estudio: **RX ABDOMEN DECUBITO DORSAL Y DE PIE**

Fecha de realización: **29-JUL-2023**

Importante cantidad de materia fecal en todo el marco colónico con formación de escíbalos a nivel de la ampolla rectal que se asocia a leve ectasia del colon sigmoideo e ileo adinámico en el mesogastrio.

No se observan evidentes visceromegalias ni calcificaciones evidentes patológicas al momento del estudio.

No signos evidentes de líquido o aire libre en la cavidad abdomino-pélvica.

Moderados cambios de espondilodiscartrosis en columna lumbar, con discreta rotación hacia la izquierda.

Cambios degenerativos sacroilíacos y coxofemorales bilaterales.

Pelvis discretamente basculada hacia la derecha.

Atentamente,

DRA. PAULINA FERNANDA RAMOS REINOSO


CI: 1710472034

MEDICA IMAGENOLOGA.

pt

Conclusión:

Responsable:

  
SOLCA NUCLEO DE QUI  
Dra. Paulina Ramos  
RADIOLOGA  
C.I.: 1710472034

SOLICITUD DE IMAGEN  
"SOLCA" NUCLEO DE QUITO

03-08-23

**CONFIDENCIAL**

03-AUG-2023 09:49:32  
Usuario: LFLORES

19:15

No. EXAMEN 4181015 No. HISTORIA CLINICA 309144 Cédula 1705998126

*notas estudio*

Apellido Paterno	Apellido Materno	Primer Nombre	Segundo Nombre
YANEZ	GUILCA	MARIA	AURORA

No. CAMA: 310B

Edad : 79

Sexo : Femenino

Estudios anteriores : NO

Médico Solicitante :

FLORES RODRIGUEZ LILIANA ELIZABETH

Fecha de Solicitud :

03-AUG-2023

Dpto. Solicitante :

CLINICA ONCOLOGICA

Datos de Orientación :

PACIENTE CON APP DE CA GASTRICO CON METS PULMONARES Y ABDOMINALES. INGRESIO CON FLEXION PERMANENTE DE 4 EXTREMIDADES. CARACTERIZADA COMO CRISIS TONICA , SE SOSPECHA METS CEREBRALES

Diagnóstico : ADENOCARCINOMA TUBULAR POBREMENTE DIFERENCIADO. INVASIVO EN CURVATURA MENOR DE ESTÓMAGO - REVISION DE LAMINILLAS

Tipo diagnóstico :  
ONC

ESTUDIOS SOLICITADOS

RM CEREBRO SIMPLE

RM CEREBRO CONTRASTADA

SOLCA NUCLEO DE QUITO

Lic. Christopher Avila

LICENCIADO EN RADIOLOGIA  
Técnico: 1725274896

*Paul. (NELMY)*  
SI DESAYUNO  
8.00

SOLCA NUCLEO DE QUITO  
ACORDAMIENTO

03 AGO 2023

ANDREA FONSECA

FORM.012A

*Liliana Flores Rodríguez*  
Médico Internista  
1105604894

(10.33)

**RESULTADOS DE IMAGEN**  
**"SOLCA" NUCLEO DE QUITO**

**CONFIDENCIAL**

Fecha: 07-AUG-2023 12:40:33

Página 1 de 2

No. EXAMEN 4181015 No. HISTORIA CLINICA 309144 Cédula 1705998126

Apellido Paterno	Apellido Materno	Primer Nombre	Segundo Nombre
YANEZ	GUILCA	MARIA	AURORA

No. CAMA: 310B

Edad : 79 Sexo : Femenino

Médico Solicitante : FLORES RODRIGUEZ LILIANA ELIZABETH

Fecha de Solicitud : 03-AUG-2023 Dpto. Solicitante : CLINICA ONCOLOGICA

**Datos de Orientación :**

PACIENTE CON APP DE CA GASTRICO CON METS PULMONARES Y ABDOMINALES, INGRESIO CON FLEXION PERMANENTE DE 4 EXTREMIDADES, CARACTERIZADA COMO CRISIS TONICA , SE SOSPECHA METS CEREBRALES

Diagnóstico : ADENOCARCINOMA TUBULAR POBREMENTE DIFERENCIADO, INVASIVO EN CURVATURA MENOR DE ESTÓMAGO - REVISION DE LAMINILLAS

Tipo diagnóstico :  
ONC

**RESULTADOS DE ESTUDIO**

Fecha Resultados : 07-AUG-2023

Estudio: RM CEREBRO SIMPLE

Fecha de realización: 03-AUG-2023

Estudio realizado en diferentes secuencias, diferentes planos, sin administración de material de contraste paramagnético.

No hay evidencia de lesiones ocupantes de espacio a nivel intra ni extraaxial, supra ni infratentorial.

La relación sustancia gris-blanca conservada.

En secuencias sensibles al líquido se aprecia imágenes puntiformes hiperintensas juxtacorticales supratentoriales, bilaterales, no confluentes.

Imágenes que sugieren infartos lacunares bilaterales.

Los ganglios de la base y el cuerpo callosos de características habituales. Espacios de Virchow Robins.

El sistema cisterno ventricular de configuración habitual.

Prominencia del espacio subaracnoideo secundario a disminución del volumen del parénquima encefálico.

La región sellar-suprasellar sin alteraciones.

No cambios en la intensidad de señal del tallo cerebral ni del cerebelo. Prominencia de algunos espacios entre las folias cerebelosas izquierdas.

No lesiones de aspecto lítico ni blástico en la calota craneal.

Engrosamiento mucoso de algunas celdillas etmoidales izquierdas. Mastoiditis bilateral.

**Conclusión:**

- Estudio sin datos de actividad tumoral de aspecto metastásica en SNC.
- Datos compatibles con enfermedad de pequeños vasos.
- Proceso inflamatorio sinusal. Mastoiditis bilateral.

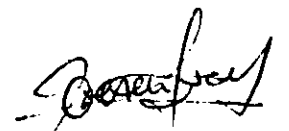
Atentamente,

DRA. JENNY DEL ROCIO CHAMORRO OSCULLO

CI: 1710001957

ESPECIALIDAD: RADIODIAGNOSTICO E IMAGEN

MSP: Libro 3 "E" Folio 20 No. 59/nch.

  
**SOLCA, Núcleo de Quito**  
Dra. Jenny Chamorro  
RADIÓLOGA  
1710001957

**Conclusión:**

Estudio: RM CEREBRO CONTRASTADA

Fecha de realización: 03-AUG-2023

# RESULTADOS DE IMAGEN

"SOLCA" NUCLEO DE QUITO

**CONFIDENCIAL**

Fecha: 07-AUG-2023 12:40:33

Página 1 de 1

No. EXAMEN 4181015

No. HISTORIA CLINICA

309144

Cédula 1705998126

**Estudio: RM CEREBRO CONTRASTADA**

Estudio multiplanar obtenido posterior a la administración de 10 cc. de ácido gadotérico.

No hay evidencia de lesiones ocupantes de espacio con captación patológica ni datos de restricción en la secuencia de difusión a nivel intra ni extraaxial, supra ni infratentorial.

No son evidentes dilataciones aneurismáticas en las estructuras vasculares principales que forman el polígono de Willis. Arteria basilar elongada.

El sistema venoso patente.

No captaciones anómalas en la calota craneal.

El resto de los hallazgos descritos en el estudio en fase simple.

**Conclusión:**

- Estudio sin datos de actividad tumoral de aspecto metastásica en SNC.

- Datos compatibles con enfermedad de pequeños vasos.

- Proceso inflamatorio sinusal. Mastoiditis bilateral.

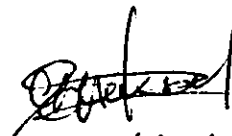
Atentamente,

DRA. JENNY DEL ROCIO CHAMORRO OSCULLO

CI: 1710001957

ESPECIALIDAD: RADIODIAGNOSTICO E IMAGEN

MSP: Libro 3 "E" Folio 20 No. 59/nch.

  
**SOLCA, Núcleo de Quito**  
*Dra. Jenny Chamorro*  
**RADIÓLOGA**  
1710001957

**Conclusión:**

**Responsable:**

# SOLCA - NÚCLEO DE QUITO

## RECETA

Fecha: 3-AUGUST-2023

Prescripción Impresa Por:

FLORES RODRIGUEZ LILIANA ELIZABETH

Página 1 de 1

H.C. : 309144 Paciente : YANEZ GUILCA MARIA AURORA  
Fecha : QUITO, 03/08/2023

Prsc. Num. : 1875654

Edad: 79 años

Liliana Flores Rodriguez  
MD PG MEDICINA INTERN.

f.)

1105604894

LILIANA ELIZABETH FLORES RODRIGUEZ

1105604894

Médico Responsable

RP.

MEDIO DE CONTRASTE, RESONANCIA ACIDO GADOTERICO 0.5 MMOL/ ML (15ML)	# 1 UN
EXTENSION DE BAJA PRESION DE 250 CM (RESONANCIA MAGNETICA)	# 1 UN
CATETER INTRAVENOSO 22G CON ALETAS, VALVULA CONTROL DE FLUJO SANGUINEO	# 1 UN
JERINGAS 5 ML, 21G, 1 1/2	# 1 UN
LLAVE DE TRES VIAS	# 1 UN
CLORURO DE SODIO LIQUIDO PARENTERAL 0.9% 100 MILILITROS	INTRAVENOSA # 1 UN


### PRESCRIPCION

MEDIO DE CONTRASTE, RESONANCIA ACIDO GADOTERICO 0.5 MMOL/ ML (15ML)	RECETA MEDICA PARA RESONANCIA MAGNETICA CEREBRAL S/C MEDIO DE CONTRASTE, RESONANCIA ACIDO GADOTERICO 0.5 MMOL/ ML (15ML)
EXTENSION DE BAJA PRESION DE 250 CM (RESONANCIA MAGNETICA)	EXTENSION DE BAJA PRESION DE 250 CM (RESONANCIA MAGNETICA)
CATETER INTRAVENOSO 22G CON ALETAS, VALVULA CONTROL DE FLUJO SANGUINEO	CATETER INTRAVENOSO 22G CON ALETAS, VALVULA CONTROL DE FLUJO SANGUINEO
JERINGAS 5 ML, 21G, 1 1/2	JERINGAS 5 ML, 21G, 1 1/2
LLAVE DE TRES VIAS	LLAVE DE TRES VIAS
CLORURO DE SODIO LIQUIDO PARENTERAL 0.9% 100 MILILITROS	CLORURO DE SODIO LIQUIDO PARENTERAL 0.9% 100 MILILITROS
	CREATININA 0.4

### EXÁMENES

# Ex.	Examen	Fecha
4181015	ESTUDIOS DE IMAGEN	RM CEREBRO P SIMPLE RM CEREBRO P CONTRASTADA

**IMAGEN:** Para los exámenes que son valorados acercarse a IMAGEN para obtener la fecha del turno en la que se realizará el examen.

 NÚCLEO DE QUITO	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RESONANCIA MAGNÉTICA</b>	<b>CODIGO:</b> SQ-FO-MED-IMG-009 <b>VERSION:</b> 001 <b>FECHA:</b> 08/noviembre/2019 <b>PAG:</b> Página 1 de 4
	<b>GESTION MÉDICA IMAGENOLÓGIA</b>	

**Nombre del Establecimiento:** Hospital Oncológico Solón Espinosa Ayala Núcleo Quito

**Servicio del Establecimiento de Salud:** Imagenología

**NÚMERO DE CÉDULA/HCU DEL PACIENTE:** 1705998126/309144.

**FECHA:** 03/08/2023

**HORA:** 19:15

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	EDAD
YANEZ	GUILCA	MARIA AUREA	79

**TIPO DE ATENCIÓN:** AMBULATORIA ☐ HOSPITALARIA ☒

**NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO (Codificación CIE-10):**

**NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO RECOMENDADO:** RESONANCIA MAGNÉTICA - CONTRASTE: ÁCIDO GADOTÉRICO

**TIPO DE PROCEDIMIENTO:** DIAGNÓSTICO ☒ TERAPEÚTICO ☐

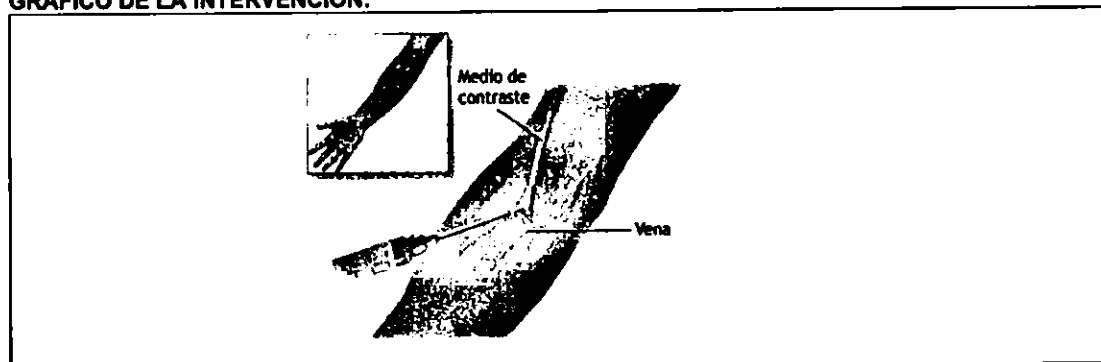
**¿EN QUE CONSISTE?**

Se va a realizar una prueba radiológica que como parte de la exploración requiere de la utilización de ácido gadotérico  
El contraste es una sustancia que se inyecta a través de una vena y permite visualizar algunos órganos para su estudio.

**¿CÓMO SE REALIZA?**

La técnica consiste en inyectar el medio de contraste en una vena. Durante el estudio el paciente va a notar un cuadro de calor por varios segundos, que desaparecerán rápidamente. Las complicaciones son escasas, el profesional que realizará la inyección conoce la técnica correcta, los síntomas descritos y está preparado para realizar el procedimiento

**GRÁFICO DE LA INTERVENCIÓN:**



**DURACIÓN ESTIMADA DE LA INTERVENCIÓN:**

La duración dependerá de la región a examinar. La duración aproximada es de 60 minutos

	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RESONANCIA MAGNÉTICA</b>	<b>CODIGO:</b> SQ-FO-MED-IMG-009 <b>VERSION:</b> 001
	<b>GESTION MÉDICA IMAGENOLÓGIA</b>	<b>FECHA:</b> 08/noviembre/2019 <b>PAG:</b> Página 2 de 4

**BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO:**

Permitirá analizar las posibles patologías y llegar a un diagnóstico correcto.

**RIESGOS FRECUENTES (Poco graves):**

- Náusea
- Vómito
- Urticaria
- Dolor
- Edema (hinchazón) en ojos o en labios
- Hipotensión

**RIESGOS POCO FRECUENTES (Graves):**

- Arritmias
- Convulsiones
- Dificultad respiratoria
- Insuficiencia renal
- Reacción anafiláctica
- Extravasación del medio de contraste

**DE EXISTIR ESCRIBA LOS RIESGOS ESPECÍFICOS RELACIONADOS CON EL PACIENTE: (edad, estado de salud, creencias, valores, etc.):**

**ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO:**

Ninguna, ya que al no realizar el estudio el paciente no tiene un diagnóstico adecuado y oportuno, dificultando su tratamiento.

**DESCRIPCIÓN DEL MANEJO POSTERIOR AL PROCEDIMIENTO:**

Después del examen si el paciente no presenta reacciones adversas se retirará el catión y paciente será enviado a casa solo con hidratación oral

**CONSECUENCIAS POSIBLES SI NO SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO:**

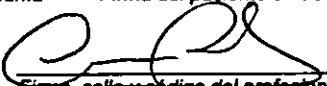
Si no se realiza el examen no se podrá tener un diagnóstico para el tratamiento.



 <b>NÚCLEO DE QUITO</b>	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RESONANCIA MAGNÉTICA</b>	<b>CODIGO:</b> SQ-FO-MED-IMG-009 <b>VERSION:</b> 001
	<b>GESTION MÉDICA IMAGENOLÓGIA</b>	<b>FECHA:</b> 08/noviembre/2019 <b>PAG:</b> Página 3 de 4

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO** Fecha: 03/08/2023 Hora: 19:15

He facilitado la información completa que conozco, y me ha sido solicitada, sobre los antecedentes personales, familiares y de mi estado de salud. Soy consciente de que omitir estos datos puede afectar los resultados del tratamiento. Estoy de acuerdo con el procedimiento que se me ha propuesto; he sido informado de las ventajas e inconvenientes del mismo; se me ha explicado de forma clara en qué consiste, los beneficios y posibles riesgos del procedimiento. He escuchado, leído y comprendido la información recibida y se me ha dado la oportunidad de preguntar sobre el procedimiento. He tomado consciente y libremente la decisión de autorizar el procedimiento. Consiento que durante la intervención me realicen otro procedimiento adicional, si es considerado necesario según el juicio del profesional de la salud, para mi beneficio. También conozco que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

Nombre completo del paciente	Cédula de ciudadanía	Firma del paciente o huella, según el caso
SOLCA NÚCLEO DE QUITO Lic. Christopher Ávila		
LICENCIADO EN RADIOLOGÍA C.I.: 1725274896		SOLCA NÚCLEO DE QUITO Lic. Christopher Ávila LICENCIADO EN RADIOLOGÍA C.I.: 1725274896
Nombre de profesional que autoriza el procedimiento		Firma, sello y código del profesional que realiza el procedimiento

Si el paciente no está en capacidad para firmar el consentimiento informado:

	<u>1709673600</u>	
Nombre del representante legal	Cédula de ciudadanía	Firma del representante legal

Parentesco: hija

**NEGATIVA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO** Fecha: \_\_\_\_\_

Una vez que he entendido claramente el procedimiento propuesto, así como las consecuencias posibles si no se realiza la intervención, no autorizo y me niego a que se me realice el procedimiento propuesto y libero de responsabilidades futuras de cualquier índole al establecimiento de salud y al profesional sanitario que me atiende, por no realizar la intervención sugerida.

Nombre completo del paciente	Cédula de ciudadanía	Firma del paciente o huella, según el caso
------------------------------	----------------------	--

Firma, sello y código del profesional tratante	Firma, sello y código del profesional tratante
--	--

Si el paciente no está en capacidad para firmar el consentimiento informado:

Nombre del representante legal	Cédula de ciudadanía	Firma del representante legal
--------------------------------	----------------------	-------------------------------

Parentesco: \_\_\_\_\_

Si el paciente no acepta el procedimiento sugerido por el profesional y se niega a firmar este acépite:

Nombre completo del testigo	Cédula de ciudadanía	Firma del testigo
-----------------------------	----------------------	-------------------

 NUCLEO DE QUITO	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RESONANCIA MAGNÉTICA</b>	<b>CODIGO:</b> SQ-FO-MED-IMG-009 <b>VERSION:</b> 001
	<b>GESTION MÉDICA IMAGENOLÓGIA</b>	<b>FECHA:</b> 08/noviembre/2019 <b>PAG:</b> Página 4 de 4

#### REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

De forma libre y voluntaria, revoco el consentimiento realizado en la fecha: \_\_\_\_\_ y manifiesto expresamente mi deseo de no continuar con el procedimiento médico que doy por finalizado en esta fecha: \_\_\_\_\_.  
 Libero de responsabilidades futuras de cualquier índole al establecimiento de salud y al profesional sanitario que me atiende.

\_\_\_\_\_  
*Nombre completo del paciente*

\_\_\_\_\_  
*Cédula de ciudadanía*

\_\_\_\_\_  
*Firma del paciente o huella, según el caso*

**Si el paciente no está en capacidad de firmar la negativa del consentimiento informado:**

\_\_\_\_\_  
*Nombre del representante legal*

\_\_\_\_\_  
*Cédula de ciudadanía*

\_\_\_\_\_  
*Firma del representante legal*

NUMERO DE REVISIÓN	MOTIVO	FECHA
00:	Estandarización a formato aprobado por MSP según AM 5316	08 noviembre 2019

# CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RESONANCIA MAGNETICA

FECHA DEL EXAMEN 03/08/2023 H. CLÍNICA 309144.

NOMBRE DEL PACIENTE: YANEZ GUILLERMO MARIO DURAN

EDAD: 79 SEXO: F PESO: 40 TALLA: 148.

MOLESTIAS QUE TIENE/MOTIVO DEL EXAMEN: \_\_\_\_\_

Usted va a realizarse una exploración mediante RESONANCIA MAGNETICA. Es un examen que obtiene imágenes anatómicas del interior del cuerpo, utilizándose para ello un potente imán y ondas de radiofrecuencia.

La resonancia magnética NO utiliza rayos X ni otro tipo de Radiaciones ionizantes, y no se conoce que produzca efectos dañinos para el organismo. Usted no notará dolor ni molestias durante ni después de la exploración, pudiendo realizar su actividad normal antes y después de la misma.

Por favor lea y llene el siguiente cuestionario:

¿De que ha sido operado? \_\_\_\_\_

¿Tiene algún objeto metálico o electrónico dentro de su cuerpo? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO /

¿Tiene marcapasos cardíaco? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO /

¿Tiene prótesis de alguna articulación? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO /

¿Tiene algún metal en sus ojos u oídos? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO /

¿Tiene prótesis dentales desprendibles? \_\_\_\_\_ SI / NO \_\_\_\_\_

¿Tiene convulsiones, movimientos involuntarios o ataques? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO /

¿Es sensible a los lugares cerrados? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO /

¿Tiene alergia a algún medicamento? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO /

En caso de estarlo ¿Cuál es su tiempo de embarazo? \_\_\_\_\_

**NOTA:** Antes de ingresar a la sala de examen, deberá retirarse todas las joyas, llaves, monedas, vinchas de cabello, billeteras, lentes, tarjetas de crédito, teléfonos celulares y objetos metálicos en general.

A fin de brindarle una mejor atención y que la valoración de su examen de Resonancia Magnética sea mejor, solicitamos traer todos sus exámenes previos de imagen.

Certifico que he leído todo el contenido de este formulario y he tenido la oportunidad de hacer preguntas referentes a la información del mismo.

FIRMA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

CI: \_\_\_\_\_

**SOLCA NUCLEO DE QUITO**  
**Lic. Christopher Ávila**

Lic. Responsable: **LICENCIADO EN RADIOLOGÍA**  
**C.I.: 1725274896**

FIRMA LIC: [Firma]

[Firma]  
FIRMA DEL REPRESENTANTE

(En caso de ser menor de edad)  
CI: 1709679680

CI: \_\_\_\_\_