

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE RESONANCIA MAGNETICA

Nombre: JUAN GONZALEZ Fe 8-00-678-887-D	echa d	de N	acimiento: 01/09/1971 CIP o P	asap	orte
resolución del interior del cuerpo humano radiación ionizante. El equipo consta de una magneto (imán)	utiliz de gr	ando an ta	nostico especializado que obtiene imágen o un campo magnético y ondas de radio. amaño y es importante conocer antes de o metálico en su cuerpo. El procedimiento	No u	tiliza ar un
FAVOR CONTES	TAR E	EL S	IGUIENTE CUESTIONARIO		
HA SIDO OPERADO O TIENE USTED?	SI	NO	HA SIDO OPERADO O TIENE USTED?	SI	NO
Marcapaso y cables?			Implante reciente de Stent		_
Clip de aneurisma?			Shunt		<u> </u>
Clip de cirugía			Implantes de oídos		_
Implantes en la vista			DIU (Dispositivo intrauterino)		<u> </u>
Desfibrilidor interno			Coil intravascular		
Balas o balines			Válvula cardiaca		
Estimulador y cables			Prótesis artificiales		
Bomba de infusión			Amplificador auditivo		
Prótesis penil Clínica	Espe	cia	Toracotomía z uero		
CUIDANDO TU SALUD				SI	NO
Es Usted es claustrofóbico?					
Ha trabajado usted alguna vez de mecánico, soldador o trabajador de metal?					
Tiene alguna lesión facial con metal?					
Se le ha removido algún metal de sus ojo	s?				
Tiene tatuajes en alguna parte de su cuer	ро?				
Tiene amalgamas en sus dientes?					
Esta usted embarazada?					
Cuando fue su último periodo menstrual?	(Ame	ritas	solo para estudios pélvicos)		
Tiene algún tipo de alergia (si su respues	ta es	SI, e	specifique)		
			. ,		

Si su medico ordená el este con medio de contraste, usted debe saber que estos sustancias capaces de resaltar determinadas estructuras anatómicas y algunas patologías.

Esta tomando algún medicamento, especifique:

El agente de contraste comúnmente utilizado en Resonancia Magnética es el GADOLINIO y su administración usual es intravenosa. Es un medio de contrate muy seguro y aunque se han documentado reacciones alérgicas a este agente y algunos efectos adversos a este agente, estos son poco comunes. Su excreción es vía renal, así que es importante conocer su función renal previa al estudio. Por ende, relevo al Hospital Punta Pacífica de toda responsabilidad por la aparición de cualquier reacción alérgica al medio de contraste.

Hago constar que he leído es ESPECIALIZADA DE AZUER	e formulario y autorizo al personal médico y técnico de la CLÍNICA), para la realización del mismo.
FIRMA	FECHA: 11/04/2024 04:18:32 PM

Nota: El Hospital le hace entrega de este documento en cumplimiento con la Ley 68 del 20 de noviembre del 2003, que regula los derechos y obligaciones de los pacientes en material de información y decisión libre e informada, y cumpliendo con estándares de acreditación para hospitales de Joint Commission International.

