

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE RESONANCIA MAGNETICA

Nombre: JUAN GONZALEZ _____ **Fecha de Nacimiento:** 01/09/1971 _____ **CIP o Pasaporte:** 8-00-678-887-D

Resonancia magnética : _____

La Resonancia Magnética (RM) es un método diagnostico especializado que obtiene imágenes de alta resolución del interior del cuerpo humano utilizando un campo magnético y ondas de radio. No utiliza radiación ionizante.

El equipo consta de una magneto (imán) de gran tamaño y es importante conocer antes de iniciar un este estudio de RM si el paciente tiene algún objeto metálico en su cuerpo. El procedimiento no causa dolor.

FAVOR CONTESTAR EL SIGUIENTE 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		
Clip de cirugía			Implantes de oídos		
Implantes en la vista			DIU (Dispositivo intrauterino)		
Desfibrilador interno			Coil intravascular		
Balas o balines			Válvula cardiaca		
Estimulador y cables			Prótesis artificiales		
Bomba de infusión			Amplificador auditivo		
Prótesis penil			Toracotomía		
				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 ojos?					
Tiene tatuajes en alguna parte de su cuerpo?					
Tiene amalgamas en sus dientes?					
Esta usted embarazada?					
Cuando fue su último periodo menstrual? (Amerita solo para estudios pélvicos)					
Tiene algún tipo de alergia (si su respuesta es SI, especifique)					
Esta tomando algún medicamento, especifique:					

Si su médico ordena el medio de contraste., usted debe saber que estos sustancias capaces de resaltar determinadas estructuras anatómicas y algunas patologías.

El agente de contraste comúnmente utilizado en Resonancia Magnética es el GADOLINIO y su administración usual es intravenosa. Es un medio de contraste 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 a la CLINICA ESPECIALIZADA DE AZUERO de toda responsabilidad por la aparición de cualquier reacción alérgica al medio de contraste.

Hago constar que he leído este formulario y autorizo al personal médico y técnico de la CLÍNICA ESPECIALIZADA DE AZUERO, para la realización del mismo.

FIRMA

FECHA: 11/04/2024 04:45:52 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.



Clínica Especializada de Azuero
CUIDANDO TU SALUD