患者氏名 ：
患者 ID ：

Formulario de consentimiento para el examen de tomografía computarizada (TC)

Si acepta someterse a una exploración de TC, por favor complete los datos necesarios y firme.

He recibido una explicación detallada de las exploraciones de TC y de sus riesgos utilizando la "Información sobre la exploración de tomografía computarizada (TC)", y he entendido el contenido. Acepto someterme a un examen de TC. (Incluso después de firmar, usted puede revocar su consentimiento en cualquier momento).

Además acepto que mi exploración de TC puede ser cancelada por decisión del médico encargado de mi examen y/o por el radiólogo.

Fecha del consentimiento: año mes día

Nombre y apellido del paciente: (en letras de imprenta)

Firma del paciente:

Dirección del paciente:

Nombre y apellido del representante: (en letras de imprenta)

Firma del representante:

(relación con el paciente:)

Dirección del representante:

Si rehúsa someterse a un examen de TC, por favor lea el siguiente enunciado. Si lo entiende, firme a continuación.

He recibido una explicación acerca de la necesidad de TC; sin embargo, rehúso someterme a un examen de TC. No haré responsables a mi médico, al médico encargado del examen o al hospital de las consecuencias de mi decisión.

Fecha de la firma: año mes día

Nombre y apellido del paciente: (en letras de imprenta)

Firma del paciente:

Dirección del paciente:

Nombre y apellido del representante: (en letras de imprenta)

Firma del representante:

(relación con el paciente:)

Dirección del representante:

He dado una explicación del examen de tomografía computarizada a la persona arriba firmante.

Fecha de la explicación: año mes día

Departamento: Médico responsable: Sello

Confirmo que el paciente (o su representante) arriba firmante ha aceptado o rehusado someterse a un examen de TC mediante la firma del presente documento.

Fecha de la confirmación: año mes día

Departamento: Médico responsable: Sello

*Si el paciente es un menor de edad que no tiene potestad para aceptar, o es una persona que no puede aceptar y firmar por estar inconsciente o por sufrir algún otro trastorno, el documento deberá ser firmado por un progenitor, tutor, adulto responsable del menor o familiar en la sección de arriba destinada al "Representante".