

患者氏名 :

患者 ID :

Formulario de consentimiento para el examen de tomografía computarizada (TC) o la urografía de excreción con medio de contraste

Si acepta someterse a una exploración de TC o a una urografía de excreción con medio de contraste, por favor complete los datos necesarios y firme.

He recibido una explicación detallada de las exploraciones con medios de contraste y de sus riesgos utilizando la “Información sobre los estudios de tomografía computarizada (TC) o la urografía de excreción con medios de contraste”, y he entendido el contenido. Acepto someterme al examen con medio de contraste. (Incluso después de firmar, usted puede revocar su consentimiento en cualquier momento). Además acepto que el uso del medio de contraste puede ser cancelado por decisión del médico encargado del 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 con contraste, por favor lea el siguiente enunciado. Si lo entiende, complete los datos necesarios y firme.

He recibido una explicación acerca de la necesidad de someterme a una exploración con medio de contraste; sin embargo, rehúso someterme a un examen con medio de contraste. 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 de los exámenes con medio de contraste a la persona arriba firmante.

Fecha de la explicación: año mes día

Departamento: _____ **Médico responsable:** _____ **Sello** _____

Confirmando que el paciente (o su representante) arriba firmante ha aceptado o rehusado someterse a un examen con medio de contraste 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”.