

患者氏名 :

患者 ID :

## Formulario de consentimiento para el examen de imagen por resonancia magnética (IRM)

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

He recibido una explicación detallada del propósito y los riesgos de las exploraciones de IRM utilizando la "Información sobre el examen de imagen por resonancia magnética (IRM)", y he entendido el contenido. Acepto someterme a una exploración de IRM. (Incluso después de firmar, usted puede revocar su consentimiento en cualquier momento).

**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 una exploración de IRM, 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 de IRM; sin embargo, rehúso someterme a un examen de IRM. 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 IRM 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 de IRM 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".