

患者氏名 :

患者 ID :

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

Si acepta someterse a un examen de IRM con medio de contraste, por favor complete los datos necesarios y firme.

He recibido una explicación detallada de los exámenes de IRM con medio de contraste y de sus riesgos utilizando la “Información sobre el examen de imagen por resonancia magnética (IRM) con medio de contraste”, y he entendido el contenido. Acepto someterme a un examen de IRM con medio de contraste. (Incluso después de firmar, usted puede revocar su consentimiento en cualquier momento).

También acepto que el uso del medio de contraste puede cancelarse por decisión del médico encargado de mi examen 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 IRM con medio de contraste, por favor lea el siguiente enunciado. Si lo entiende, firme a continuación.

He recibido una explicación acerca de la necesidad de someterme a un examen de IRM con medio de contraste; sin embargo, rehúso someterme a un examen de IRM 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 de IRM 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 de IRM 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”.