

Hospital/Clínica

Formulario de **"Consentimiento de Prácticas Mediante la Administración de MCRI"**

Nombre y Apellido del Paciente: \_\_\_\_\_

Sexo: F/M Edad: \_\_\_\_\_ Número de HC (O Número de Documento de Identidad): \_\_\_\_\_.

(El texto del consentimiento informado debe ser leído al paciente antes de firmarlo).

1. Por la presente autorizo que se me administren medios de contraste iodado, en el Servicio de Diagnóstico por Imágenes del Hospital/Instituto....., por parte del personal profesional perteneciente al mismo, para la realización de.....

2. Se me explicó completamente la naturaleza y fines de la práctica, se informó también de los esperados beneficios y/o complicaciones por causas conocidas y desconocidas, molestias y riesgos que puedan surgir, así como las posibles alternativas al estudio propuesto. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas, y todas mis preguntas han sido contestadas completa y satisfactoriamente.

3. Entiendo que durante el procedimiento pueden presentarse situaciones inesperadas que necesiten métodos diferentes y/o adicionales que el equipo de profesionales juzgue necesarios.

4. Asimismo autorizo la administración del tipo de medio de contraste radiológico iodado aconsejado por el Servicio de Alergia, con fecha....., cuyo original fue entregado y archivado en el Servicio de Radiodiagnóstico (Duplicado archivado en el Servicio de Alergia de....., protocolo número.....de fecha.....), para el estudio radiológico indicado por el médico tratante.

5. Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínicos, quirúrgicos ni alérgicos.

6. Reconozco que no se me han dado garantías ni seguridades respecto de los resultados que se esperan de la práctica.

7. Confirmando que he leído (se me ha leído) y he comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco del formulario han sido rellenados antes de mi firma.

**Datos del paciente:**

Nombre/s y Apellido/s completo/s: \_\_\_\_\_

Tipo y número de documento de identidad: \_\_\_\_\_ Sexo: F / M

Ambulatorio/Internado. N° de HC: \_\_\_\_\_ Unidad: \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_

Firma del paciente/tutor/responsable/encargado: \_\_\_\_\_

Aclaración en caso de no ser el titular: \_\_\_\_\_, Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Firma del médico responsable del Servicio de Radiología en la oportunidad: \_\_\_\_\_.