

Hospital/Clínica  
Servicio de Diagnóstico por Imágenes

Jefe Dr.: \_\_\_\_\_

FORMULARIO de  
"DESAUTORIZACIÓN para la PRÁCTICA de EXAMENES MEDIANTE las ADMINISTRACIÓN  
de MCRI"

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

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

El texto de la desautorización debe ser leído al paciente antes de firmarlo.

1. He sido informado en el Hospital/Instituto.....por el equipo que me asiste que es necesario que se me efectúe la siguiente práctica radiológica.....que incluye la administración de medio de contraste radiológico iodado (MCRI).
2. Asimismo se me explicó la naturaleza y propósitos del tratamiento propuesto, las posibles alternativas al mismo y los riesgos y consecuencias de no realizarlo. No obstante me niego a consentir se me administre medio de contraste radiológico iodado.
3. Se me dio la oportunidad de hacer preguntas, y todas mis preguntas han sido contestadas completa y satisfactoriamente.
4. Comprendo que no cabe reclamo alguno, presente o futuro, contra el Hospital/Instituto y su equipo profesional por los malos efectos sobre mi salud que puedan resultar al no realizar el estudio propuesto, ya que al mismo me he negado voluntaria y concientemente.
5. Confirmando que he leído y 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. Nº 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: \_\_\_\_\_.