

Fecha de obtención del CI: _____

Hipótesis Diagnóstica: _____

Profesional (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente: _____ Rut: _____

Representante legal (si corresponde): _____ Rut: _____

Su médico le ha remitido a nosotros para que se efectúe un examen de imágenes que requerirá del uso de un medio de contraste que deberá ser administrado por vía endovenosa.

La administración de Medio de Contraste Yodado puede provocar efectos adversos cuando el paciente tiene elevada su Creatinemia. Su médico ha considerado que los beneficios que se obtienen para su diagnóstico al realizar la exploración superan a los posibles perjuicios que le puedan ocasionar.

ES IMPRESCINDIBLE QUE NOS DÉ SU CONSENTIMIENTO POR ESCRITO PARA PODER REALIZARLE EL EXAMEN

Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca del examen.
También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe este procedimiento.

Firma Tecnólogo Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal