

Fecha de obtención del CI: \_\_\_\_\_

Hipótesis Diagnóstica: \_\_\_\_\_

Profesional (Primer nombre y dos apellidos): \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_

Representante legal (si corresponde): \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_

Su doctor le ha indicado un estudio radiológico (Radiografía simple, TAC, etc.) teniendo conocimiento de su embarazo.

#### **RIESGOS DEL EXAMEN RADIOLOGICO**

Los rayos X son potencialmente peligrosos para el feto, no obstante, con los aparatos y las técnicas actuales, la cantidad de radiación que se recibe es pequeña. Además, se le va a colocar protección en el abdomen (si el examen no es de esa zona ) para evitar que llegue la radiación hasta el útero, de esta forma, se reducen los efectos perjudiciales.

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 de mi condición y de otras alternativas de tratamiento, así como de los riesgos de este procedimiento.

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