

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RADIOGRAFIAS EN PACIENTES EMBARAZADAS

Estimado usuario, de conformidad a la Ley General de Salud núm.42-01 “todas las personas tienen derecho a la información adecuada y continuada sobre su proceso, incluyendo el diagnóstico, pronóstico, alternativas de tratamiento y a recibir consejos por personal capacitado, antes y después de la realización de los exámenes y procedimientos”.

Expuesto lo anterior, un **consentimiento informado** es el proceso en el que una persona (usuario, familia, representante o tutor legal) acepta participar en una intervención, tratamiento, procedimiento específico o investigación, conociendo los riesgos, beneficios, consecuencias o complicaciones que se pueden presentar.

Expresado lo anterior, lo invitamos a leer detenidamente este documento y realizar todas las preguntas que deseé sobre el estudio que estará recibiendo.

Información general

Se le realizará una exploración imagenológica, donde se utilizará radiaciones ionizantes en forma de rayos x, para proporcionar una información diagnóstica. El tecnólogo le podría estar solicitando adoptar algunas posiciones para llevar a cabo el procedimiento solicitado.

Beneficio del procedimiento

El estudio ayudará a su médico referidor o tratante con el diagnóstico o tratamiento a seguir de manera oportuna

El siguiente estudio se estará efectuando con equipos digitales calibrados y certificados por General Electric Healthcare (GE Healthcare), bajo la operatividad de un personal altamente calificado, el cual ayudará a minimizar la exposición a las radiaciones ionizantes.

Riesgo del procedimiento

Dado que se encuentra embarazada, se deben considerar los posibles riesgos derivados de la exposición a radiación para el feto, especialmente en el primer trimestre del embarazo.

Consentimiento Informado

Declaro, que he comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo. El personal sanitario que me ha atendido me ha permitido realizar y aclarar todas las inquietudes y dudas que le he planteado. Por consiguiente, estoy satisfecho con la información recibida y he comprendido el alcance y los riesgos que implica el siguiente procedimiento

Autorizo a que me sea realizado el procedimiento () explicado con anterioridad

Nombre del paciente, representante o tutor legal ()firma fecha

No autorizó a que me sea realizado el procedimiento () explicado con anterioridad

Nombre del paciente, representante o tutor legal firma fecha

