

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RADIOGRAFÍAS

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 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), bajo la operatividad de un personal altamente calificado, el cual ayudará a minimizar la exposición a las radiaciones ionizantes.

Riesgo del procedimiento

Dado que es un equipo que utiliza rayos x se encuentra el riesgo de exposición a radiación, independientemente, se ha comprobado que el riesgo de no hacerlo, principalmente en la detección de patologías (enfermedades) graves es mayor que su utilización.

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

Nombre del paciente, representante o tutor legal

firma

fecha



Centro Avanzado de Diagnóstico e Imagen, S.A.S