

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SONOGRAFÍA TRANSVAGINAL

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

La ecografía o sonografía transvaginal es un examen médico no invasivo, que usa ondas de sonido de alta frecuencia para ver los órganos internos. Estas ondas son transmitidas por un transductor y a la vez retransmitidas a la máquina de ecografía para producir imágenes en una pantalla.

Una ecografía transvaginal implica colocar un transductor especialmente diseñado dentro de la vagina. La inserción de este dispositivo en la vagina permite tener un vistazo cercano (e imágenes más detalladas) de estos órganos pélvicos.

Beneficio del procedimiento

La exploración por ultrasonido no es invasiva

La exploración con ecografía o sonografía permite una fácil delimitación y medición de los órganos pélvicos

Las imágenes por ultrasonido son extremadamente seguras y no utilizan radiación

La exploración con ecografía o sonografía no genera (produce) dolor

Riesgo del procedimiento

No se conocen efectos nocivos de la utilización de sonografía o ultrasonido estándar en los seres humanos

Consentimiento Informado

Declaro, que he comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo. El médico sonografista 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