México, D.F. a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de expediente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por mi libre decisión y en pleno uso de mis facultades, autorizo al personal médico y técnico para realizarme el estudio de Tomografía Computada con administración de medio de contraste vía intravenosa , si el diagnóstico de mi padecimiento lo requiere, en el entendido de que estoy enterado de los riesgos a los que estoy sujeto por dicho procedimiento, como de los beneficios que se tienen para tener un buen diagnostico y en caso de existir complicaciones en el transcurso del mismo, es posible que se tengan que realizar procedimientos ó técnicas para la solución de dichas eventualidades.

Se me ha explicado que la información proporcionada es totalmente confidencial.

De no poderse realizar el estudio, cuales alternativas de métodos existen que pudieran sustituir a este y de la posibilidad de revocar este consentimiento aun durante el procedimiento.

He notificado previamente mis antecedentes clínicos, alérgicos y quirúrgicos de importancia para la realización del estudio. Si omito declarar sobre algún antecedente de alergias, será bajo mi propio riesgo.

Nombre y firma del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma del paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Revocación del presente consentimiento

Nombre y firma del familiar o responsable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Informante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Personal de Tomografía Computada)

Información y autorización del uso de contraste intravenoso para estudio de tomografía computada

Usted va a realizarse una prueba diagnóstica, para la cual vamos a administrarle un medio de contraste vía intravenosa que contiene yodo y que es imprescindible para llegar a un buen diagnostico, en algunos casos, los contrastes administrados por vía intravenosa pueden ocasionar reacciones adversas como ( calor, enrojecimiento de la piel, erupciones, vomito) aunque en raras ocasiones (menos de 1 en 5000) pueden tener otro tipo de reacciones que pueden dar complicaciones cardiovasculares y respiratorias que requieren un tratamiento especializado y más raro aun es la muerte (1 en 100,000 de pacientes). En todo momento usted estará atendido por un equipo de profesionales preparado para cualquier eventualidad,

Por favor conteste este cuestionario, si tiene algún tipo de alergia especifique.

Padece asma si\_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_

Esta en ayunas (6 horas por lo menos) si\_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_

Tiene algún tipo de alergias si\_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_

Es diabético si\_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_

Toma algún medicamento si\_\_\_\_\_ cual \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_

Tiene problemas de corazón si\_\_\_\_\_ cual \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_

Tiene la presión alta si\_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_

Se ha realizado alguna prueba con

Contraste intravenoso si\_\_\_\_\_ cuando \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_

En caso afirmativo,

Tuvo alguna reacción si\_\_\_\_\_ cual \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_

Creatinina Sérica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo de Contraste \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Volumen del Contraste :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Reacción: No ( ) Si (especificar) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tratamiento :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Evolución posterior al estudio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma de conformidad alta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_