**DIRECCIÓN MÉDICA**

**SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y SERVICIOS PARAMÉDICOS**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PROCEDIMIENTO INTERVENCIONISTA POR TOMOGRAFÍA COMPUTADA Y ULTRASONIDO**

****

 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 procedimiento de radiología intervencionista correspondiente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, bajo guía por medio de Tomografía Computada, 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 diagnóstico y en caso de existir complicaciones en el transcurso del mismo, es posible que se tengan que realizar procedimientos o 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 para realización de procedimiento intervencionista bajo guía por Tomografía Computada y/o Ultrasonido.

F01-MOP-SDP-03 Rev.03 DIC 20



****

**DIRECCIÓN MÉDICA**

**SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE**

**DIAGNÓSTICO Y SERVICIOS PARAMÉDICOS**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PROCEDIMIENTO**

**INTERVENCIONISTA POR TOMOGRAFÍA COMPUTADA Y**

**ULTRASONIDO**

Usted va a ser sometido a un procedimiento de radiología intervencionista bajo guía por Tomografía Computada, que por su naturaleza mínimamente invasiva solo requiere el uso de anestésico local para el acceso percutáneo, así como el uso de agujas o guías que se le especificarán verbalmente, como parte de los procedimientos de diagnóstico o terapéuticos que su servicio tratante requiera. Los riesgos de estos procedimientos corresponden principalmente a sangrado del sitio de punción, atrapamiento de agujas o migración de material usado en el procedimiento, con una incidencia baja (menor del 1%). 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Procedimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Incidentes o accidentes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dosis de radiación utilizada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

**F01-MOP-SDP-03 Rev.03 DIC 20**