**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE PARA ESTUDIOS DE MEDICINA NUCLEAR**

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

CON FUNDAMENTO EN LOS ARTICULOS 80, 81, 82 Y 83 DEL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA, EL QUE SUSCRIBE

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre completo del paciente y Número de Expediente

PARA EL MATERIA RADIACTIVO QUE SE EMPLEA EN ESTOS ESTUDIOS, HASTA EL MOMENTO NO SE HAN REPORTADO REACCIONES ADVERSAS.

DEBIDO A LA COMPLEJIDAD DE LOS ESTUDIOS QUE SE LE PRACTICARAN; ADEMAS DE QUE EL MANEJO DE MATERIAL RADIACTIVO REQUIERE MÉTODOS ESPECIALES, ES NECESARIA SU ESTANCIA POR TIEMPO PROLONGADO EN ESTE SERVICIO SIENDO DE 1 A 4 HORAS APROXIMADAMENTE.

ESTE ESTUDIO SE REALIZA CON SUSTANCIAS RADIACTIVAS, LAS QUE SE ADMINISTRAN SIEMPRE Y CUANDO YO LO AUTORICE, SIGUIENDO LAS INSTRUCCIONES QUE ME PROPORCIONE EL PERSONAL QUE ME ATIENDA.

POR MI LIBRE DECISIÓN Y EN PLENO USO DE MIS FACULTADES AUTORIZO A LOS MEDICOS Y TECNICOS DE ESTE HOSPITAL Y SERVICIO PARA QUE ME REALICE EL ESTUDIO CONSISTENTE A UNA GAMMAGRAFIA Y/O SPECT-CT, SI EL DIAGNOSTICO DE MI PADECIMIENTO ASI LO REQUIERE, UNA VEZ QUE SE ME HA PROPORCIONADO LA INFORMACION SUFICIENTE PARA DICHO PROCEDIMIENTO Y LAS POSIBLES COMPLICACIONES, SECUELAS O RIESGOS QUE PUEDAN RESULTAR DE SU APLICACIÓN, Y EN CASO DE EXISTIR COMPLICACIONES EN EL TRANSCURSO DEL MISMO REALIZAR LOS PROCEDIMIENTOS Y TECNICAS PARA SU SOLUCION.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE QUIEN LO AUTORIZA, Y PARENTESCO EN CASO DE SER NECESARIO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PERSONAL DE MEDICINA NUCLEAR (INFORMANTE)

**Aviso de Privacidad:** El Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, garantiza el derecho que tiene toda persona a la protección de sus datos personales recabados en este formulario, los cuales serán de uso exclusivo del servicio de Medicina Nuclear como lo establece el art. 25 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

F08-PR-SDP-03 Rev. 03 DIC 20