

Sr. ....

El / / a las \_\_:\_\_ hs. Ud. va a realizarse un estudio llamado :**Marcacion**

Para ello es preciso introducir una aguja a través de la piel (percutánea) guiada por un método de diagnóstico por imágenes.

Debe conocer que:

- 1) Pueden producirse hematomas en el lugar de la punción.
- 2) Como todo contacto ambiental con el interior del cuerpo puede haber contaminación e infección, riesgo que es mínimo teniendo en cuenta las condiciones de asepsia que empleamos.

Este método ha sido evaluado a nivel nacional y mundial prevaleciendo ampliamente sobre los mencionados efectos indeseados.

Importante: no debe utilizar aspirina los 10 días previos al procedimiento. En caso de necesitar un analgésico consulte con su médico.

Este servicio cuenta con personal entrenado y los medios necesarios para enfrentar las situaciones mencionadas.

Nuestros médicos especialistas se encuentran a su disposición para responder cualquier duda.

---

**Consentimiento Informado**

Ley 17.132 art. 19 inc. 3° - 2° y último párrafo

Santa Rosa ..... de ..... de .....

(Nombre y Apellido) \_\_\_\_\_ autorizo por mí

o por un familiar directo, la realización del siguiente procedimiento: \_\_\_\_\_

Declaro conocer que existe un riesgo potencial de complicaciones que asumo, eximiendo de responsabilidad,

salvo caso de dolo o negligencia, a los profesionales que indican o realizan el procedimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
N° de documento

\_\_\_\_\_  
Parentesco si es familiar

Se entrega una copia de 2 hojas del consentimiento al paciente que incluye explicación del procedimiento, indicaciones médicas, como así también las posibles complicaciones y riesgos que éste implica.

Ud. tiene libertad de elección al decidir hacerse este estudio.