

Sr.

El / / a las ___:___ hs. Ud. va a realizarse un estudio llamado :**Resonancia Magnetica**

Para efectuar dicho exámen será necesario que inyectemos por vía intravenosa un medio de contraste llamado Gadolinio.

Esta inyección puede producir en algunas ocasiones náuseas, vómitos, hematomas en el sitio de la inyección, molestias como irritación local, picazón, efectos no deseados que afortunadamente son infrecuentes, pero no existe manera de saber con seguridad si van a ocurrir o no.

Hasta la fecha no hay descriptos casos de reacciones severas al inyectar esta sustancia de contraste, salvo en pacientes con deficiencias renales importantes.

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 inquietud que se presente.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ley 17.132 Art. 19 inc. 3º-2º y último párrafo

..... dede 20....

(Nombre y Apellido del Paciente)_____ autorizo por mi, o por un familiar directo, la realización de una Resonancia Magnética con inyección de sustancia de contraste endovenoso, pedida por el Dr. _____.

Declaro conocer que existe un riesgo potencial de complicaciones que asumo, eximiendo de responsabilidad, salvo en caso de dolo o negligencia, a los profesionales que indican o realizan el procedimiento. Me siento satisfecho con las explicaciones proporcionadas y las he comprendido, habiendo requerido las aclaraciones e información adicional pedida.

Firma

Aclaración

Nº de Documento

Parentesco si es familiar

Se entrega una copia de este consentimiento al paciente y se incluye explicación del procedimiento, indicación médica, como así también las posibles complicaciones y riesgos que esto implica.

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