

Fecha de obtención del CI: _____

Hipótesis Diagnóstica: _____

Profesional (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente: _____ Rut: _____

Representante legal (si corresponde): _____ Rut: _____

Su médico le ha remitido a nosotros para que le efectuemos una Resonancia Nuclear Magnética. Para esto es necesario que le administremos un medio de contraste por vía endovenosa.

Este no le causará ningún tipo de reacciones adversas, sin embargo, en caso de Embarazo o Insuficiencia Renal, su uso está contraindicado. De todas maneras, si ocurriera una complicación usted debe saber y tener la seguridad que la Clínica dispone de todos los medios técnicos y de especialistas disponibles para solucionarla.

Finalmente, comprendo que se harán todos los esfuerzos para que mi examen sea exitoso y sin complicaciones.

Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca del examen.

También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala.

NOTA: Recuerde que este examen con o sin medio de contraste está contraindicado en pacientes con marcapasos o clips vasculares.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **RESONANCIA MAGNÉTICA**.

Firma Tecnólogo Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal