

Consentimiento Informado EXAMEN RESONANCIA MAGNETICA EN PACIENTE EMBARAZADA

Fecha de obtención del CI: _____

Hipótesis Diagnóstica: _____

Profesional (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente: _____

Representante legal (si corresponde): _____

Su doctor le ha indicado un estudio de Resonancia Magnética teniendo conocimiento de su embarazo.

RIESGOS DEL EXAMEN DE RESONANCIA MAGNÉTICA

La RMN está indicada en la mujer embarazada si cualquier otro método de diagnóstico con radiación ionizante es inadecuado o si el examen proporciona información importante que de otra forma requeriría la exposición a radiaciones ionizantes. Es importante que usted esté en conocimiento que, hasta la fecha, no se ha demostrado que el uso del estudio por RM clínica durante la gestación haya producido efectos perjudiciales.

ES IMPRESCINDIBLE QUE NOS DÉ SU CONSENTIMIENTO POR ESCRITO PARA PODER REALIZARLE EL EXAMEN.

Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición y de otras alternativas de tratamiento, así como de los riesgos de este procedimiento.

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

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

Firma Tecnólogo Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal