**INFORMACIÓN GENERAL**

* En cumplimiento de lo consagrado en la ley 23 de 1981, es deber del médico o personal salud, pedir al paciente consentimiento para aplicar los tratamientos médicos, y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente y para ello deberá informar de forma clara, suficiente y oportuna sobre el procedimiento o tratamiento a realizar, alternativas, riesgos, complicaciones etc.
* Su médico tratante, después de valorar su situación clínica consideró ordenar la realización del estudio con el objeto de realizar valoración adecuada de su estado actual y definir diagnóstico.
* Algunos exámenes imagenológicos utilizan radiaciones ionizantes para su realización. Estos incluyen: radiografías, mamografías, densitometrías, estudios digestivos, procedimientos bajo fluoroscopia y tomografías computadas.
* Es necesario que usted informe si tiene sospechas de estado de embarazo para que el profesional tome consideraciones especiales en su caso y medidas protectoras para minimizar el riesgo por uso de radiación.

**EN QUE CONSISTE EL ESTUDIO POR IMAGEN CON EXPOSICION A RADIACIONES**

Se va a realizar una exploración imagenológica que utiliza radiación ionizante, en forma de rayos X. Para proporcionar una información diagnóstica que ayudará a identificar y tratar mejor su enfermedad, el tecnólogo en imágenes diagnósticas lo ubicará en el EQUIPO DE IMAGEN (Tomógrafo, Mamógrafo, Equipo De Radiología Convencional y/o Digital, Arco en C) en el cual usted adoptará algunas posiciones sugeridas por el profesional tomándose una serie de proyecciones que permitirán llevar a cabo el estudio solicitado.

**BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO**.

El estudio es necesario para su diagnóstico y tratamiento si decide realizarse el estudio propuesto debe saber que se efectúa con equipos calibrados y utilizados por personal calificado que minimizan la exposición a las radiaciones ionizantes protegiendo su cuerpo. Solo se le realizarán las radiografías indispensables.

**RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO**.

* La realización de los estudios radiológicos se justifica bajo el análisis de la relación riesgo beneficio realizado tanto por el médico tratante como por el médico radiólogo con el fin de tomar decisiones acertadas para el diagnóstico y tratamiento y seguimiento de la patología en estudio.
* El riesgo potencial a la exposición de la radiación es bajo comparado con los beneficios obtenidos del estudio de la imagen médica.
* Una ligera elevación del riesgo de padecer alguna neoplasia en el futuro. Este riesgo es menor del 0.5%, por lo que se puede considerar muy bajo en comparación con la incidencia normal de las neoplasias en la población, que es del 33% para mujeres y 50% para hombre de acuerdo a la Sociedad Americana De oncología.
* Las radiaciones ionizantes utilizadas presentan algunos riesgos por su exposición, que incluyen daño de tejidos, que en el caso de las mujeres en estado de embarazo, el feto en desarrollo puede ser significativo sobre todo al inicio del embarazo (3 primeros meses). Este riesgo es variable y no predecible, y no se puede eliminar a pesar de las medidas de protección radiológica disponibles y que serán utilizadas con usted.
* En el resto de la población, sobre todo en la infantil por su mayor sensibilidad y potencial de vida, se realiza solo cuando hay una indicación precisa.

**CONSENTIMIENTO Y OTRAS CONSIDERACIONES**

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda, no tenga reparo en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto por parte del personal del servicio.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el tecnólogo en radiología, que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos de la toma de rayos x, y en tales condiciones acepto las consideraciones anteriormente descritas.

Estado de salud actual. Por favor infórmenos si presenta uno o más de los siguientes síntomas.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Tos |  | Fiebre |  | Dolor de Cabeza  |  | Dolor en otra localización |
|  | Dificultad para respirar |  | Otros ¿Cuál?  |  | Ninguno |  |  |

***TODO ACOMPAÑANTE DEBE INGRESAR A LA SALA UTILIZANDO LOS ELEMENTOS DE PROTECCION (CHALECO, PROTECTOR DE TIROIDES)***

Por lo anterior yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado con la CC No\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ doy mi consentimiento para que me sea realizado el examen \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Paciente: |  | Representante legal (En caso de Paciente menor de edad u otros): |
| Firma |  | Firma |
| Nombre |  | Nombre |
| CC No. |  | CC No. |

|  |  |
| --- | --- |
| TECNOLOGO |  |
| Firma |  |
| Nombre |  |
| TP o RM No. |  |

**RECHAZO O REVOCATORIA**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con la CC No\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ después de recibir de manera clara y en lenguaje sencillo toda la información acerca de la naturaleza y propósito del examen solicitado, al igual que de las ventajas, complicaciones, molestias, posibles alternativas y riesgos del mismo, manifiesto de forma libre y consciente mí negación ( ) / revocación ( ) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

|  |  |
| --- | --- |
| Paciente: |  |
| Firma |  |
| Nombre |  |
| CC No. |  |