

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PERMISO PARA REALIZAR ESTUDIOS DE MEDICINA NUCLEAR

INFORMACIÓN

1 – Su médico a solicitado un estudio de Medicina Nuclear en cuyo procedimiento utilizará una sustancia radioactiva por vía endovenosa, oral inhalatoria ó subcutánea, que dependerá del órgano que se estudiará para poder visualizarlo y evaluar su función.

2 – No es peligroso para usted ni su familia dado que, una vez inyectado, desaparece en unas horas y la cantidad de radiación usada es baja y no implica riesgos.

Su médico de cabecera entiende el beneficio de esta prueba, por este motivo, le indica la conveniencia de ser realizada.

Antes de firmar este consentimiento no dude en pedir cualquier aclaración adicional que desee a su médico de cabecera.

PACIENTE

Dejo constancia que he sido informado claramente del procedimiento, no tengo dudas al respecto pues las mismas han sido evacuadas correctamente.

En consecuencia, acepto se me realice el estudio indicado en pleno conocimiento de los beneficios del mismo.

Firma paciente / familiar ó tutor:.....

Aclaración:.....

DNI:.....

Firma del testigo:.....

Nombre:.....

DNI:.....

Firma del médico.....

Firma del médico.....

Fecha...../...../.....