

ESTUDIO DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES CON MEDIO
DE CONTRASTE INTRAVENOSO – CONSENTIMIENTO INFORMADO
REV. 11/12/2015

Consentimiento informado

Su proveedor de servicios médicos ha solicitado un examen que requiere el uso de medio de contraste que contiene yodo. El medio de contraste (tinte) se administrará en el cuerpo a través de una inyección intravenosa (IV). El contraste intravenoso se filtra a través de los riñones y se elimina al orinar. La información que se obtenga de este estudio ayudará al proveedor a diagnosticar su problema; sin embargo, no le dará tratamiento ni le hará sentirse mejor.

Durante la inyección, usted sentirá algunas sensaciones a medida que el contraste atraviesa los vasos sanguíneos. Estas sensaciones son normales y durarán menos de un minuto. Con frecuencia, los pacientes reportan un período breve en el que experimentan enrojecimiento o sensación de calor por todo el cuerpo. Las complicaciones que se derivan de este tipo de examen con contraste intravenoso son muy poco frecuentes e incluyen, entre otras, náuseas, urticaria, vómitos, salpullido y, en raras ocasiones, insuficiencia renal o la muerte.

Consideraciones especiales de seguridad

Informe a su médico o al técnico de diagnóstico por imágenes sobre cualquier medicamento, suplemento médico o fármacos sin receta que esté tomando.

Para su seguridad, informe a su médico o técnico de diagnóstico por imágenes si se aplica lo siguiente:

- Está embarazada o cree que existe la posibilidad de que pudiera estar embarazada.
- Es diabético y toma *Metformina* u otro medicamento diabético en combinación con *Metformina*. (Proporcione al técnico una lista completa de todos los medicamentos orales que toma).
- Es alérgico a algún medicamento o alimento, específicamente mariscos o camarones.
- Ha tenido una reacción alérgica al contraste intravenoso (tinte) con yodo.
- Tiene mieloma múltiple, feocromocitoma, anemia de células falciformes o enfermedad de la tiroides.

Responsabilidad económica

Medicare y la mayoría de los seguros médicos cubren este procedimiento. Si por alguna razón su seguro no cubre los medios de contraste no iónicos, usted será responsable del pago. Se ofrecen facilidades de pago.

Firma del paciente

Yo, el abajo firmante, he contestado a mi leal saber y entender y de manera precisa y veraz, las preguntas indicadas en el formulario de historia clínica. Me han informado sobre la posible complicación de este procedimiento y doy mi consentimiento por voluntad propia para que se lleve a cabo este examen. Por la presente autorizo a Urology San Antonio a divulgar mis imágenes/radiografías y reportes correspondientes con el fin de comparar y hacer un seguimiento de mis cuidados. Además, acepto la responsabilidad económica por los servicios que no estén cubiertos por mi seguro.

Firma del paciente o tutor del paciente

Fecha

Nombre del paciente o tutor del paciente (con letra de molde)

Nombre del testigo de Urology San Antonio (con letra de molde)

Fecha