



### Consentimiento para el Procedimiento Especial

Patient (Paciente)		
MRN	Date (Fecha)	Time (Tiempo) <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM

Mi médico \_\_\_\_\_ me ha referido a un procedimiento de X-ray conocido como \_\_\_\_\_ que puede incluir el uso de medicamentos, agujas, catheter (tubo), y agente de contraste para ayudar en el diagnóstico o tratamiento para mi condición actual.

Se me ha informado que son posibles, per poco frecuentes, las complicaciones de este procedimiento(s); tales como reacciones alérgicas y daños as los vasos sanguíneos o partes al lado de ellos, como los nervios. A veces el tratamiento medico o quirúrgico puede ser necesario para corregir estas condiciones. En raras ocasiones, las complicaciones graves se producen y muy rara vez se produce la muerte. Este procedimiento(s), sin embargo, ha sido utilizado muchas veces para proporcionar información valiosa que supera con creces los riesgos potenciales involucrados.

Yo autorizo a los resultados sobre mí del procedimiento(s) indicado y para la administración de medicamentos , incluida la anestesiología, como puede ser juzgado conveniente por el médico que hace el procedimiento(s). También doy mi consentimiento para el procedimiento(s) tomadas médica o quirúrgicamente, para intentar corregir las complicaciones que pueden ocurrir y asumo los riesgos en relación con el mencionado procedimiento(s).

He tenido tiempo suficiente para revisar este formulario y solicitar que tiene y sus respuestas a las preguntas y todo lo que he considerado necesario antes de firmar este formulario de consentimiento.

*Madres que amamantan: Si le dan una inyección intravenosa, hay un porcentaje muy pequeño de material de contraste yodado que se excreta en la leche materna y es absorbido por el bebé. Los datos disponibles sugieren que es seguro continuar con la lactancia materna. Sin embargo, si tiene dudas, es posible que se abstengan de la lactancia materna durante 12 a 24 horas (expresar y desechar la leche materna).*

<b>Signatures (Firmas)</b>		
Firma de paciente/guardián	Fecha	
Si guardián, escriba su nombre	Relación con el paciente	
Witness signature	Witness name (please print)	Date



## Consentimiento para el Procedimiento Especial

General Information			
Patient		Age	MRN
Height (Altura)	Weight (Peso)	BUN	Creatinine
Diagnosis			
Test ordered		Referring physician	
Reason for test			
Patient History - (Historia del Paciente)			
Problemas renales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cálculos renales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	I.V.P. sin reacción (examen por vía intravenosa en los riñones o del tracto urinario con contraste sin reacción) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Cirugía <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	In caso afirmativo, tipo de cirugía		Fecha de cirugía
Patient Symptoms - (Síntomas del Paciente)			
Dolor/Ardor al orinar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sangre en la orina <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cálculos renales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nicturia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas de la próstata <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otros (especificar)		
Patient Conditions (if known) – Condiciones del Paciente			
Menores de 12 años de edad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Edad superior a 45 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Asma o enfermedad respiratoria crónica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Ha tenido una reacción alérgica al contraste <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		En caso afirmativo, cuando	En caso afirmativo, qué tipo
Diabetes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	No dependiente de insulina <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dependiente de la insulina <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En la actualidad tomando Glucophage según lo prescrito pro el médico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Tiene algún problema cardiac, conocida <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Mieloma múltiple <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Angina inestable <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Un plazo de 6 meses a partir de un infarto agudo de miocardio complicado por hipotensión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Antes de reacción alérgica a:	Iodine <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Chocolate <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Mariscos/camarón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Las alergias estacionales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Otros (especificar)
The Above Information Was Obtained From			
Name/Relationship to Patient			Hospital Chart <input type="checkbox"/>
If <b>none</b> of the above conditions are indicated, the technologist may proceed according to established protocol and/or standing orders. If <b>any</b> of the above conditions are indicated, the Radiologist noted below shall determine whether contrast is to be used and, if so, what type and what amount.			
Per Dr.		Procedure performed	
Type and volume of contrast used		Injected by	
Radiologist signature	Date	Technologist signature	Date