



Ambulatorio Poliespecialístico

DEPARTAMENTO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

Fecha: / / .

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX EN PACIENTE EMBARAZADA

Por la presente autorizo a los médicos del Departamento de Imágenes Diagnósticas del Ambulatorio Medis, a realizar en mí, _____, C.I.: _____ o a mi representada: _____ C.I.: _____, una RADIOGRAFÍA DE TÓRAX PA, con protección radiológica abdominal, que forma parte de los exámenes migratorios para la Embajada de Estados Unidos en Caracas, Venezuela.

RIESGOS DEL EXAMEN RADIOLOGICO:

Los rayos X son potencialmente peligrosos para el feto, no obstante, con los aparatos y las técnicas actuales, la cantidad de radiación que se recibe es pequeña. Además, se le va a colocar protección en el abdomen para evitar que llegue la radiación hasta el útero, de esta forma, se reducen los efectos perjudiciales.

El médico, Dr. (Dra): _____ me ha explicado la naturaleza del procedimiento, también me ha informado acerca de las ventajas, complicaciones y riesgos relacionados con esta exposición a los rayos X.

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 de embarazo 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 la radiografía de tórax PA CON PROTECCIÓN RADIOLÓGICA ABDOMINAL.

Firma del paciente

Firma del representante legal