

## CONSENTIMIENTO INFORMADO IMAGENOLOGIA

Sr.(a) ..... Rut:         -

Domiciliado en .....

Representante Legal Sr.(a) ..... Rut:         -

### Procedimiento:

.....  
.....  
Se me ha explicado satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este examen, así como sus posibles riesgos y complicaciones. Por esto doy mi consentimiento para que se me realice el procedimiento indicado arriba y los tratamientos o acciones complementarias que sean necesarias o convenientes durante la realización de éste, a juicio de los profesionales.

Declaro no tener conocimiento de estar cursando un embarazo en este momento lo que constituiría una contraindicación para realizar exámenes que utilicen radiaciones ionizantes (radiografías, scanner, angiografía).del examen de imagenología mencionado.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Médico

\_\_\_\_\_  
Rut

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre R. Legal

\_\_\_\_\_  
Firma

He informado a este paciente del propósito, naturaleza y alternativas del procedimiento, antes indicado, riesgos posibles y de los resultados que se esperan.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Médico

\_\_\_\_\_  
Rut

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre R. Legal

\_\_\_\_\_  
Firma