

ASOCIACIÓN RADIOLÓGICA DE AUSTIN
INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Nombre del paciente _____ MRN _____

PARA EL PACIENTE: usted tiene el derecho, como paciente, de ser informado acerca de su condición y del procedimiento quirúrgico, médico o de diagnóstico recomendado que va a practicarse, de forma que pueda tomar la decisión de someterse o no al procedimiento después de conocer los riesgos y los peligros involucrados. Esta información no tiene como objetivo asustarlo o alarmarlo; es simplemente un esfuerzo para que esté mejor informado y pueda dar su consentimiento para este procedimiento.

_____ **ARTROGRAFÍA** es el estudio de las articulaciones que proporciona información gráfica de las enfermedades intraarticulares. Se realiza mediante la inyección de un medio de contraste en la articulación afectada. La generación de imágenes se puede hacer mediante radiografía y/o resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés) y/o tomografía computarizada (CT, por sus siglas en inglés), dependiendo del medio de contraste utilizado. ****El gadolinio no ha sido aprobado por la FDA para este uso; sin embargo, no se han reportado complicaciones.**

_____ **MIELOGRAFÍA** se usa para diagnosticar problemas de disco, tumores u otros problemas de la columna vertebral. Los medios de contraste líquidos se inyectan en el conducto espinal, haciendo que las estructuras sean visibles en una pantalla fluoroscópica y en placas para rayos X.

_____ **PUNCIÓN LUMBAR** es un procedimiento en el que se introduce una aguja en el conducto espinal con la ayuda de fluoroscopia para recolectar líquido cefalorraquídeo para su evaluación en el laboratorio.

_____ **INYECCIÓN INTRATECAL** es un procedimiento en el que se coloca una aguja en el conducto espinal con la ayuda de fluoroscopia para permitir la inyección de un líquido.

Yo (nosotros) solicito voluntariamente al Dr. _____, como mi médico así como a los asociados, asistentes técnicos y otros proveedores de atención médica que consideren necesarios, que den tratamiento a mi condición, la cual se me ha explicado que consiste en (describala aquí): _____

Yo (nosotros) comprendo que se han planeado los siguientes procedimientos quirúrgicos, médicos y/o de diagnóstico para mí (nosotros), estoy de acuerdo y autorizo voluntariamente los siguientes procedimientos (describalos aquí): _____

Yo (nosotros) comprendo que mi médico puede descubrir condiciones adicionales o diferentes, las cuales pueden requerir procedimientos adicionales o diferentes a los planeados. Yo (nosotros) autorizo a mi médico, a los asociados, asistentes técnicos y otros proveedores de atención médica a realizar tales procedimientos, que son recomendados conforme a su juicio profesional.

Yo (nosotros) comprendo que no se me garantiza o asegura tanto el resultado como la atención que se me proporcione.

Como puede haber riesgos y peligros si mi condición actual continúa sin tratamiento, también hay riesgos y peligros relacionados con la realización de los procedimientos quirúrgicos, médicos y/o de diagnóstico planeados para mí. Yo (nosotros) entiendo que los procedimientos quirúrgicos, médicos y/o de diagnóstico comunes tienen el potencial de ocasionar infecciones, coágulos sanguíneos en las venas y en los pulmones, hemorragias, reacciones alérgicas e incluso la muerte. Yo (nosotros) también entiendo que pueden ocurrir los siguientes riesgos y peligros asociados con este procedimiento en particular como se describe a continuación:

Artrografia: dolor, infección y sangrado.

Punción lumbar: dolor de cabeza pasajero, náusea y vómito, dolor, entumecimiento, alteración de la función muscular y parálisis.

Mielografia e inyección intratecal: dolor de cabeza pasajero, náusea y vómito, dolor crónico, entumecimiento, alteración de la función muscular, parálisis y convulsiones.

_____ **CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO CON YODO RADIATIVO:** Yo acepto la administración de _____ milicuries de yodo radiactivo -131 a _____ para una de las siguientes condiciones:

- _____ **Tiroides hiperactiva (Hipertiroidismo)**
- _____ **Tratamiento del cáncer de la tiroides (Extirpación)**
- _____ **Generación de imágenes para metástasis de tiroides**

Reconozco que se me han explicado las diversas precauciones y aspectos de este procedimiento a mi entera satisfacción y que comprendo totalmente la aplicación para la que se ha prescrito el yodo radiactivo. También reconozco que no se me ha otorgado ninguna garantía de cura como resultado de este proceso y por lo tanto acepto la realización del procedimiento descrito anteriormente.

Yo (nosotros) he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de mi condición, formas alternativas de tratamiento, los riesgos si no se trata, los procedimientos que se utilizarán y los riesgos y peligros involucrados, y yo (nosotros) creo que tengo suficiente información para otorgar este consentimiento informado.

Yo (nosotros) certifico que este formulario se me ha explicado completamente, que yo (nosotros) lo he leído o se me ha leído, que los espacios en blanco se han llenado y que comprendo totalmente su contenido.

Firma del paciente o de otra persona legalmente responsable

Relación si no es el paciente

Fecha

Hora

Firma del testigo