

ASOCIACIÓN RADIOLÓGICA DE AUSTIN

LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDADES POR PRUEBA ORBITARIA

El personal de ARA me ha informado sobre la posibilidad de que el procedimiento de obtención de imágenes por resonancia magnética dañe mis áreas orbitaria, debido a mi historial de trabajo con metales y la posibilidad de que se encuentren fragmentos metálicos en la región orbitaria. El trabajo con metales incluye, entre otros, la trituration, cinceladura y soldadura de metal, así como el trabajo de taller, los pasatiempos o artesanía y el trabajo médico o dental. También se me ha informado que existe la posibilidad de que el campo magnético del procedimiento de obtención de imágenes por resonancia magnética me cause lesiones graves en los ojos, pérdida de visión o ceguera, si existe la presencia de metales.

MARQUE CON SUS INICIALES LO QUE SE APLIQUE EN SU CASO

_____ He trabajado con metales anteriormente, pero siempre he utilizado gafas protectoras. Nunca me han quitado, ni se me han metido, fragmentos metálicos del área orbitaria u ocular. Libero a Austin Radiological Association de toda responsabilidad de cualquier daño físico a mis ojos causado por el procedimiento de obtención de imágenes por resonancia magnética como resultado de la presencia de metal en el área orbitaria u ocular.

_____ He trabajado con metales anteriormente, pero nunca me han quitado, ni se me han metido, fragmentos metálicos del área orbitaria u ocular. Me rehusó a que Austin Radiological Association me practique una tomografía orbitaria por computadora. Libero a Austin Radiological Association de toda responsabilidad de cualquier daño a mis ojos causado por el procedimiento de obtención de imágenes por resonancia magnética como resultado de la presencia de metal en el área orbitaria u ocular.

_____ He trabajado con metales anteriormente y se me han metido fragmentos metálicos en el área orbitaria u ocular. Este metal sí fue / no fue (circule una opción) quitado de mi área orbitaria u ocular. Me rehusó a que Austin Radiological Association me practique una tomografía orbitaria por computadora y libero a Austin Radiological Association de toda responsabilidad de cualquier daño a mis ojos causado por el procedimiento de obtención de imágenes por resonancia magnética como resultado de la presencia de este metal en el área orbitaria u ocular.

Firma del paciente (o tutor)

Fecha

Firma del testigo de ARA

Fecha