



## **Bio-Imagenes Group**

Servicio de Diagnostico por Imágenes

### **HISTEROSALPINGOGRAFIA**

*Por favor, siga las siguientes indicaciones para la realización del estudio.*

#### **PREPARACIÓN:**

Solicitar turno el primer día del ciclo femenino.

El turno se le asignara entre el 7mo. Y el 10mo. día de su ciclo.

#### **DIA DEL ESTUDIO**

Abstinencia sexual desde el 1er. día del ciclo menstrual.

4 horas de ayuno.

Traer toallitas femeninas.

No tomar Cafiaspirinas, ni Bayaspirinas, ni anti-inflamatorios.

#### **TRAER ESTUDIOS ANTERIORES, SI LOS POSEE**

Presentarse con receta autorizada y DNI

**CONFIDENCIAL**



**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

En Buenos Aires, a los ..... días del mes de ..... del año .....  
Nombre del Paciente .....  
Tipo de Documento: CI, LC, DNI N° .....  
Con Domicilio en .....

Autorizo al Dr./Dra. .... y/o equipo que él designe a efectuar los siguientes procedimientos de Radiología con administración de sustancias de contraste y/o lodadas. (Tachar lo que no corresponda).

Declaro que el Dr./Dra. .... me ha explicado completamente la naturaleza y fines de la administración aplicación, introducción e intervención de los fármacos. Este procedimiento me ha sido debidamente informado, también de los beneficios y complicaciones por causas conocidas y/o desconocidas, molestias concomitantes y riesgos que puedan producirse. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y las mismas me han sido contestadas completa y satisfactoriamente en forma clara y comprensible. Entiendo que en el curso de la administración de medicamentos podrían surgir condiciones imprevistas que necesiten la implementación de métodos diferentes a los previstos, consiento por lo tanto a la realización de operaciones y procedimientos adicionales que el profesional arriba mencionado o sus asistentes juzguen oportunos.

Se me ha explicado que la introducción de la aguja, (en los casos que corresponda) para la aplicación en la superficie de la piel y/o endovenosa puede quedar un hematoma, aparecer cambios en la colaboración de la piel, dolor, intolerancia a los productos así administrados, reacciones de tipo alérgico y/o efectos no deseados.

He entendido que es posible que se requieran con inmediatez tratamientos o intervenciones adicionales; Presto conocimiento con aquellos que en la opinión de médico tratante sean necesarios.

He sido informado que este consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento anterior a la realización efectiva de la práctica o procedimiento.

Confirmando que he leído y comprendido perfectamente lo anterior.

Firma y aclaración del paciente .....

Firma y aclaración de familiares o allegados .....

Firma y Sello del Médico ..... Fecha ...../...../.....

**Negativa a recibir información**

Firma y aclaración del paciente .....

Firma y aclaración de familiares o allegados .....