



Bio-Imagenes Group

Servicio de Diagnostico por Imágenes

VIDEO DEGLUSIÓN ADULTOS

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

DIA DEL ESTUDIO

Ayuno completo de 8 horas.

TRAER:

2 rebanadas de pan lactal o vainillas.

1 yogurt FIRME de vainilla o frutilla.

1 cucharita descartable.

1 cassette de VHS O CD

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.

Confirmo 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