

Sun View Imaging Services
Imagen por resonancia magnética - Consentimiento informado y divulgación del paciente

Fecha: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Núm. de historia clínica: _____ Núm. secundario de historia clínica: _____

Peso: _____ Médico que refiere: _____

Su médico ha solicitado que le hagan una imagen por resonancia magnética (MRI) para ayudar en su diagnóstico médico. Se espera que usted se beneficie con este procedimiento, ya que el dispositivo de diagnóstico por imágenes podría ofrecer información de diagnóstico que no se consigue a través de otras técnicas.

FAVOR DE LEER Y ENCERRAR EN UN CÍRCULO SÍ O NO EN LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

¿Tiene implantado un marcapasos?	Sí No	¿Le han hecho alguna cirugía? Si es así, ¿cuándo y qué cirugía?	Sí No
¿Le han hecho alguna vez una cirugía del cerebro?	Sí No	_____	_____
¿Le han hecho alguna vez una cirugía de la columna vertebral?	Sí No	_____	_____
¿Tiene usted clips para aneurisma, stents, bobinas o filtros en sus vasos sanguíneos?	Sí No	¿Le han entrado alguna vez fragmentos metálicos en los ojos por trabajar con herramienta de soldadura o fresa (<i>grinding</i>)?	Sí No
¿Le han hecho alguna vez una cirugía del oído o le han puesto implantes para la audición?	Sí No	¿Neuroestimuladores, válvulas cardíacas, derivación de implantes ortopédicos, bomba de infusión o dispositivos de prótesis?	Sí No
¿Padece de enfermedad renal o hepática?	Sí No	¿Lleva puesto algo que contiene cobre?	Sí No
¿Se dializa usted?	Sí No	¿Tiene alguna perforación oculta en el cuerpo?	Sí No
¿Usa peluca, extensiones o aparato para la audición?	Sí No	¿Ha tenido alguna vez un efecto adverso a una inyección de medio de contraste?	Sí No
¿Usa dentadura postiza completa o parcial?	Sí No	¿Es usted claustrofóbico?	Sí No
¿Está embarazada o amamanta a un bebé?	Sí No	¿Tiene convulsiones?	Sí No
¿Lleva puesto algún tipo de parche con medicamento?	Sí No		

EMBARAZO:

La Administración de Alimentos y Fármacos (FDA) no ha establecido criterios bajo los cuales se pueda llevar a cabo un estudio por imágenes a mujeres embarazadas. Por lo tanto, es la política de este centro que no se lleven a cabo estudios de imágenes por resonancia magnética en mujeres que sepan o sospechen que están embarazadas.

CONTRAINDICACIONES:

Ya que la imagen por resonancia magnética es **electromagnética**, usted no puede hacerse este procedimiento si tiene alguno de los siguientes: marcapasos cardíaco, implante coclear, neuroestimuladores, fragmentos metálicos en el ojo, bomba de infusión de fármaco implantada o clips para aneurisma implantados en el cerebro.

******* Favor de informarnos si tiene algún otro implante que no hayamos mencionado*******

CONSENTIMIENTO:

Confirmando que la información que proporcioné es completa y precisa a mi leal saber y entender. He leído, entiendo y por la presente doy mi consentimiento para la realización del estudio de imágenes por resonancia magnética.

Firma del paciente/padre o tutor si el paciente es menor de edad

Fecha

Testigo

CONSENTIMIENTO PARA EL MEDIO DE CONTRASTE:

Su médico ha solicitado que le hagan una imagen por resonancia magnética, la cual requerirá de la inyección de un medio de contraste (gadolinio) por vía intravenosa en su cuerpo. Este formulario de consentimiento tiene por objeto advertirle sobre los efectos secundarios que se observan muy raramente en este medio de realce, para que esté informado antes de dar el consentimiento. El riesgo de una reacción es muy pequeño, pero sí existe. Estas reacciones varían, desde irritación y salpullido en la piel, hasta reacciones sistémicas más graves, es decir, choque anafiláctico, reacción al fármaco, parálisis, fibrosis sistémica nefrogénica (NSF/NFD), daño cerebral debido a dificultad respiratoria, e incluso la muerte. Si alguna de éstas ocurriera, doy mi consentimiento para la administración de cualquier medicamento que se considere necesario para combatir los efectos de la reacción. Debido a estos riesgos, el medio de realce intravenoso no se inyectará a menos que haya personal inmediatamente disponible para tratar la reacción. El propósito, los beneficios y las complicaciones del procedimiento de contraste se le explicarán a su satisfacción antes de que le pongan cualquier inyección.

OTRAS CONTRAINDICACIONES DEL MEDIO DE CONTRASTE (ADEMÁS DE LA INFORMACIÓN YA PROPORCIONADA):

Los pacientes con insuficiencia renal grave que reciben un medio de contraste a base de gadolinio (medio de contraste de la imagen por resonancia magnética) están en riesgo de desarrollar una enfermedad debilitante potencialmente mortal que se conoce como fibrosis sistémica nefrogénica (NSF). Además, los pacientes antes de un trasplante de hígado, o justo después de hacérselo, o aquellos con enfermedad hepática crónica, también están en riesgo de desarrollar NSF si el paciente experimenta insuficiencia renal de cierta gravedad.

He leído, entiendo y por la presente doy mi consentimiento para la realización del examen de imágenes por resonancia magnética con inyección de medio de contraste.

Firma del paciente/padre o tutor si el paciente es menor de edad

Fecha

Testigo

Sun View Imaging Services cumple con las leyes Federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.