

cualquier tipo de sensación que usted sienta durante la administración del medio de contraste.

Si desea hablar con su médico quien esta a cargo de este procedimiento, por favor comuníquese a la persona que le entregó este documento. El Médico Radiólogo hablará con usted y responderá a sus preguntas.

Yo (escribir nombre del paciente) _____ he leído este documento, me han contestado las preguntas y he entendido el procedimiento que me será realizado. Estas preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción y estoy consciente de los riesgos y beneficios del estudio al que voy a ser sometido. _____ y estoy de acuerdo con la realización del procedimiento y la administración del medio de contraste.

Fecha: _____

Nombre y Firma del Paciente

Nombre y Firma del Testigo

Creatinina Sérica: _____

Comentarios:

Tipo de Contraste: _____

Volumen del Contraste: _____

¿Presentó Reacción?: No () Si, favor de especificar : _____

Tratamiento: _____

Evolución _____

En caso de Extravasación de Medio de Contraste indicar:

Sitio de Punción: _____ Cantidad de contraste administrada: _____ ml.

Tratamiento: _____

Evolución: _____

En caso de tratamiento quirúrgico:

Resultado: _____

Evolución: _____