



CO0030

Informed Consent For Intravenous Contrast Injection Spanish

CONSENTIMIENTO Y VERIFICACIÓN DE ENTERADO PARA LA INYECCIÓN INTRAVENOSA DE CONTRASTE

\*\*(FOR TECH USE ONLY) Name of Patient: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

MR# \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Como con muchos procedimientos médicos, éste tiene algunos riesgos, aunque son mínimos. Su doctor está consciente de estos riesgos y ha determinado que el beneficio de la información para el diagnóstico que podría obtenerse, sobrepasa en gran medida las posibilidades mínimas de riesgo en el procedimiento.

Le van a inyectar en la sangre una solución que contiene un compuesto de yodo. Sus riñones filtran esta solución y es eliminada en la orina. Después de la inyección, usted puede tener la sensación de calor y/o desarrollar sabor a metal en la boca. Ésto se pasa muy rápido. Ocasionalmente, el paciente desarrolla urticaria después de la inyección. Esta condición se quita rápidamente con antihistamínicos. Complicaciones más serias, como paro cardíaco y muerte son extremadamente raras. Estamos conscientes de las posibles complicaciones, y personal de emergencia, equipo y medicamentos están disponibles rápidamente si son necesarios.

Por favor marque (X) si usted ha padecido algo de lo siguiente:

- |     |     |  |       |
|-----|-----|--|-------|
| SI  | NO  |  |       |
| ___ | ___ | Asma   |       |
| ___ | ___ | Reaccion pervia a inyección de contraste   |       |
| ___ | ___ | Diabetes Mellitus (si contestó SI, está tomando el medicamento llamado Glucophage) | ___   |
| ___ | ___ | Enfermedad Cardíaca  | SI NO |
| ___ | ___ | Enfermedad de los riñones  |       |
| ___ | ___ | Mieloma Múltiple (Cáncer del los huesos)   |       |
| ___ | ___ | Anemia Drepanocítica   |       |
| ___ | ___ | Fiebre del Heno  |       |
| ___ | ___ | Antecedente de cualquier reacción alérgica severa (en ese caso, cuál?)             |       |

Cual es su edad? \_\_\_\_\_

He leído y entiendo lo anterior, y doy mi consentimiento para que me realicen el proceimiento.

\_\_\_\_\_  
Paciente / Padre / Guardian / Administrador de Testamento

\_\_\_\_\_  
Fecha/Hora

\_\_\_\_\_  
Testigo (Witness)

\_\_\_\_\_  
Fecha (Date)/Hora (Time)