

**DATOS DEL PACIENTE**

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_  
Paciente imposibilitado de aceptar consentimiento informado: Sí:  No:   
Paciente menor de edad: Sí:  No:   
Nombre y apellidos del representante: \_\_\_\_\_

**PROCEDIMIENTO A REALIZAR** \_\_\_\_\_

**OBJETIVO**

El medio de contraste es un fármaco líquido que se utiliza para conseguir una mejor visualización de estructuras y posibles lesiones a estudiar.

**RIESGOS POR EL USO DEL MEDIO DE CONTRASTE:**

El contraste endovenoso actualmente es muy seguro, pero muy ocasionalmente, al igual que cualquier otro medicamento puede producir efectos secundarios y/o reacciones alérgicas. Los más habituales son muy leves (nauseas, picor y pequeñas erupciones en la piel).

También de forma muy excepcional los efectos pueden ser graves o muy graves como un shock anafiláctico que requiere asistencia médica externa.

Actualmente no existe ningún medio eficaz para predecir estos efectos indeseables, no obstante, si usted es **asmático o presenta alergia a algún medicamento**, debe informar inmediatamente al personal para dar premedicación pertinente y así prevenir algún evento adverso.

Para la inyección del medio de contraste, es necesario la instalación de una vía venosa periférica y es probable que se produzca un pequeño hematoma en la zona de punción, el cual se reabsorberá lentamente de manera natural sin complicaciones. También de forma muy excepcional puede generar un evento adverso como extravasación que requerirá cuidados adicionales o asistencia médica externa.

**IMPORTANTE:**

Para la toma del examen está contraindicado uso de elementos metálicos y/o electrónicos como:

- Marcapasos o válvulas cardíacas artificiales o animal no compatibles con resonancia magnética.
- Alfileres, placas, varillas, tornillos o clavos metálicos en cualquier parte del cuerpo.
- Suturas de alambre o grapas quirúrgicas.
- Bomba de Insulina.
- Clip para aneurisma no compatible con resonancia magnética.
- Implantes auditivos.
- Stent o filtros en vasos sanguíneos.
- Cualquier tipo de implante o prótesis.
- Tatuajes recientes.

También es primordial mencionar si alguna vez sufrió de heridas por arma de fuego u otro accidente que pudiera haber dejado partículas metálicas en el cuerpo.

**⚠ IMPORTANTE: DAR AVISO ante sospecha de embarazo.**  
En caso de cualquier duda debe consultar con el personal a cargo.

Yo (Nombre y apellidos, paciente/representante) \_\_\_\_\_

Declaro haber recibido información clara y comprensible sobre el objetivo de este examen y procedimiento, sus características y riesgos potenciales a mi salud, he tenido la libertad de esclarecer cualquier duda y comprender tal información.

**En consecuencia:**

- ACEPTO** que se realice el procedimiento y/o intervención descrita.  
 **RECHAZO** el procedimiento y/o intervención descrita.

Firma del paciente o representante: \_\_\_\_\_

Nombre y primer apellido del profesional: \_\_\_\_\_

Firma del profesional: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_