

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CT SCAN [Tomografía Axial Computarizada] CON INYECCIÓN DE CONTRASTE**

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

SI USTED ESTÁ EMBARAZADA O PIENSA QUE PUEDE ESTAR EMBARAZADA, POR FAVOR INFÓRMESELO AL PERSONAL DEL CENTRO AHORA MISMO.

Su médico ha solicitado que realicemos un escán de tomografía computarizada (CT, por sus siglas en inglés) para obtener información adicional. Éste es un examen de diagnóstico que usa rayos X y una computadora para producir imágenes de las partes internas del cuerpo.

Como parte del examen nosotros necesitaremos inyectarle una solución de contraste que contiene yodo. Este líquido claro incoloro es removido de su cuerpo por sus riñones y no alterará la apariencia de su orina. Se mostrará en las imágenes para proporcionar importante información de diagnóstico.

Poco después de la inyección usted puede experimentar un sabor metálico y una sensación de calor. Puede usted sentir náusea. Estas sensaciones sólo duran un tiempo corto.

Ocasionalmente, pequeñas reacciones alérgicas ocurren en forma de comezón, estornudos, urticaria, inflamación de los ojos, o asma. Éstos síntomas pueden requerir tratamiento con medicamentos que nosotros tenemos al alcance. Es muy importante que informe al técnico si usted experimenta cualquiera de las condiciones mencionadas en esta forma.

Raramente, reacciones más serias ocurrirán. Aunque es raro, las estadísticas médicas indican que una fatalidad puede ocurrir de la inyección de contraste. Si usted ha tenido una reacción a la inyección de contraste previamente o tiene historial de asma u otras condiciones de alergia, cualquier historial de diabetes o cualquier enfermedad de los riñones, anemia o drepanocitosis, si usted está tomando Glucophage, si está embarazada o dando pecho, usted DEBE informárselo al técnico.

El beneficio de este examen es de ayudar a su médico a realizar un diagnóstico. Pueden existir otras alternativas de imagen, sin embargo su médico cree que Cat scan es el mejor examen de diagnóstico para usted, después de evaluar sus síntomas y condición médica.

Al firmar abajo, Yo certifico que he leído totalmente este consentimiento, se me ha explicado o me lo ha leído. Se me ha dado una oportunidad de hacer preguntas acerca de mi condición, formas alternas de tratamiento, los procedimientos a ser usados, y los riesgos y peligros envueltos. Yo entiendo el contenido y tengo suficiente información para dar este consentimiento informado.

\_\_\_\_\_  
Paciente/Padre/Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ Firma del  
FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_