CONSENTIMIENTO INFORMADO RESONANCIA MAGNETICA

1- En ocasiones puede ser necesario administrar un material de contraste por vía intravenosa (gadolinio).
2- POR SEGURIDAD debe avisarnos ANTES de realizar la prueba si ha presentado algún tipo de alergia o reacción adversa a algún medio de contraste con anterioridad.
3- Indicaciones para ingresar a la sala:
   - No se permite entrar a la sala de exploración con objetos metálicos, podrían estropearse o empeorar la calidad de las imágenes y algunos resultar peligrosos: joyas, audífonos, tarjetas de banda magnética, piercings o cualquier objeto metálico. Tampoco debe entrar con gafas, lentes de contacto, maquillaje, sombra de ojos, rímel ni laca de uñas.
   - Generalmente no es necesario realizar ayuno, a excepción de algunas pruebas que incluyen el abdomen o pelvis, o cuando el estudio se realice bajo sedación.
   - Acudir con ropa fácil de quitar y poner (sin cierres ni objetos metálicos), sin maquillaje y cumplir las normas de higiene mínimas.
4- ES IMPORTANTE QUE CONTESTE ESTE CUESTIONARIO y nos avise si (marque con un circulo la respuesta correcta):
   - ¿Es usted portador de marcapasos? **SI** **NO**
   - ¿Es usted portador de algún elemento metálico (virutas, proyectiles, clips, prótesis, válvulas cardiacas, etc)? **SI** **NO**
   - ¿Está embarazada o sospecha que pudiera estarlo? **SI** **NO**
   - ¿Es usted alérgico? **SI** **NO**
   - ¿Padece usted insuficiencia renal? **SI** **NO**
   - Si es portador de un desfibrilador automático implantable, electrodos cardiacos o cerebrales, clips vasculares (aneurismas), dispositivos electrónicos implantados (neuroestímuladores, bombas de infusión, prótesis de oído) o stents, es imprescindible que aporte el informe médico sobre el modelo de dispositivo si es apto para RMN.
   - Si posee tatuajes es posible que contengan componentes metálicos, por lo que puede sufrir cosquilleo, ardor o enrojecimiento.
5- El peso límite que soporta la camilla para estudios es de **120 kilos**, más de ese peso deberá avisar a la institución.

En consecuencia, presto consentimiento para que se realice el procedimiento diagnostico solicitado.

Firma y aclaración del paciente:

Fecha: