

Tipo de procedimiento radiológico solicitado: _____

Nombre del médico que solicita el procedimiento: _____

Yo _____ mayor de edad, identificado con número de documento _____ de _____ En calidad de paciente () o en representación (); (por menor de edad, incapacidad física y/o mental), del paciente _____ identificado con _____ número _____ de _____, en desarrollo del artículo 15 de la ley 23 de 1981, hago las siguientes declaraciones:

1. Por medio del presente documento, en pleno uso de mis facultades mentales y sin limitaciones o impedimentos de carácter médico o legal, en forma libre otorgo mi consentimiento para que en la persona del paciente identificado en esta constancia se practique por parte del médico radiólogo al servicio de la institución señalada cuyo nombre aparece como tal, el procedimiento radiológico que el médico solicitante ha considerado necesario y justificado.
2. El médico radiólogo previa evolución de las condiciones de salud del paciente (evaluación clínico-patológica) y teniendo en cuenta que ni el médico solicitante ni el paciente, ni ninguna otra persona le han informado sobre antecedentes que hagan desaconsejable la práctica del procedimiento, me manifiesta que lo considera procedente advirtiéndome que de acuerdo con las normas sobre ética médica no es responsable por riesgos, reacciones o resultados desfavorables, inmediatos o tardíos de imposible o difícil precisión. He sido advertido igualmente del riesgo consignado en la Historia Clínica por el médico radiólogo.
3. El médico que solicita el procedimiento Radiológico me ha informado que este es comúnmente utilizado para efectos de obtener mediante el estudio correspondiente, valiosa y necesaria información diagnóstica. Por su parte el médico radiólogo, previa la anotación de que el solicitar el consentimiento y dar explicaciones contenidas en este documento, procede por mandato del artículo 15 de la ley 24 de 1981, anticipadamente me ha informado que el procedimiento radiológico cuya práctica le ha sido solicitada, en la gran mayoría de los casos no presenta complicaciones que puedan afectar física o psíquicamente a los pacientes, pero que excepcionalmente los procedimientos radiológicos pueden comportar efectos adversos o de carácter imprevisible. La complicación más frecuente que se puede presentar es sangrado en el sitio de la punción que en la mayoría de los casos se maneja localmente.
4. La entidad asistencial, el médico radiólogo y el médico tratante, según el caso quedan autorizados para llevar a cabo o requerir la práctica de conductas o procedimientos médicos que pueden llegar a ser necesarios y justificados como una consecuencia imprevisible del procedimiento que mediante este documento autorizo.
5. Declaro que he sido advertido por el médico radiólogo en el sentido de que la práctica del procedimiento radiológico que requiere el paciente compromete una actividad de medio en el campo diagnóstico, pero no de resultado en relación con la conducta que adopte el médico tratante.
6. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido en su integridad por mí y que las dudas e interrogantes que he formulado me han sido absueltos mediante explicaciones claras sobre los asuntos o temas de mi interés.

Por tanto, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para la realización del procedimiento o intervención que se me ha propuesto y entiendo que puedo retirar este consentimiento cuando así lo desee, debiendo informar al equipo médico tratante, del cambio de esta decisión.

.....
Firma del paciente o representante
Fecha (DD / MM / AAAA).



Huella

.....
Firma del Médico
Bogotá, D.C

HE DECIDIDO NO AUTORIZAR LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO O INTERVENCIÓN QUE ME HA SIDO PROPUESTA

.....
Firma del paciente o representante
Fecha (DD / MM / AAAA).

.....
Firma del Médico
Bogotá, D.C

HE DECIDIDO REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN

.....

Firma del paciente o representante

Fecha (DD / MM / AAAA).

Me informo:

.....

Firma del Médico