



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JOSE DE MAICAO**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO – PROCEDIMIENTOS
ESPECIALES DE IMAGINOLOGIA CON USO DE CONTRASTES**

VERSION: 01

COD: AD-ID-FT-005

(OTORGADO EN DESARROLLO DE LA LEY 23 DE 1981)

H.C. No.: _____

Nombre del Pacientes: _____

Fecha: _____ Hora: _____

1. Por medio de la presente constancia, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento para que por intermedio de médicos en ejercicio legal de su profesión así como por los demás profesionales de la salud que se requieren y con el concurso del personal auxiliar de servicios asistenciales de la entidad, se practique el siguiente procedimiento médico de Imagenología: _____
2. El Hospital San José de Maicao queda autorizado para llevar a cabo conductas o procedimientos médicos adicionales a los autorizados en el punto 1. Si en el concurso del procedimiento se llegare a presentar una situación advertida o imprevista que, a juicio del médico tratante, lo haga aconsejable.
3. El consentimiento y autorización que antecede, han sido otorgados, previa a la evaluación que de mi estado de salud ha hecho el Hospital San José de Maicao, con el objeto de identificar mis condiciones clínico-patológicas, y previa a la advertencia que me han hecho con respecto a los riesgos que conlleva la realización de procedimientos de Imágenes Diagnósticas con contrastes, declaro que he recibido amplias explicaciones por parte del personal de imagenología.
4. Igualmente otorgo mi consentimiento para que el material de contraste, si es el caso, sea aplicado por personal idóneo del área, escogido por el Hospital San José de Maicao, por el médico tratante o por mis familiares, y los autorizo para emplear el tipo de medio de contraste que se considere más aconsejable de acuerdo con mi condición clínico-patológica y al tipo de procedimiento que requiero. He sido advertido (a) por el personal del área, sobre los riesgos que para mi caso comprendan la aplicación del material de contraste de conformidad con la constancia que figura en la Historia Clínica y declaro que he recibido explicaciones satisfactorias al respecto.
5. Declaro que he sido advertido (a) por el Hospital San José de Maicao y por mi médico tratante en el sentido de que la práctica de un procedimiento médico diagnóstico, compromete una actividad médico de medios, pero no de resultados.
6. **CERTIFICO QUE EL PRESENTE DOCUMENTO HA SIDO LEIDO Y ENTENDIDO POR MI EN SU INTEGRIDAD.**

NOTA: Cuando el paciente no tenga capacidad legal para otorgar el consentimiento, las manifestaciones de éste, contenidas en el presente documento se entienden hechas por la persona responsables que lo presenta y en relación con el paciente correspondiente, para cuyos efectos lo suscribe.

Firma del Paciente
C.C. No. _____

Firma del Responsable

Firma de quien diligencia el documento:
Cargo: _____