

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO  
INFORMADO PARA EXPLORACIONES  
RADIOLÓGICAS- DACRIOGRAFÍA**

Paciente	Historia	Habitación
_____	_____	_____
Nombre Paciente: .....		
Dr: .....		
C.I.A.: .....		
Planta: .....		
F. Ingreso: .....		F. Nacimiento: .....

D./D<sup>a</sup> ..... como  
paciente (o representante del paciente D./D<sup>a</sup> ....., de  
..... años de edad, con domicilio en .....  
....., profesión ..... D.N.I. nº .....

**DECLARO:**

Que el/la Dr./ra....., interlocutor principal para la  
exploración radiológica con el equipo asistencial (art. 10.7 LG.S.), me ha explicado que es conveniente proceder,  
en mi situación, a una **DACRIOGRAFÍA**.

Consiste en la introducción de contraste en el conducto lagrimal para valorar obstrucciones del mismo.

**Riesgos:** Mínimo dolor a veces.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el  
facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas  
que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el  
consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del  
procedimiento.

Y en tales condiciones

**CONSIENTO**

que se me realice una **DACRIOGRAFÍA**.

En ..... a ..... de ..... de .....

Firma del paciente  
(familiar o representante,  
en caso de incapacidad)

Firma de un testigo  
D.N.I.:

Firma del médico

Fdo.:.....

Fdo.:.....

Fdo.:.....

(Nombre y dos apellidos)

(Nombre y dos apellidos)

(Nombre y dos apellidos)

## REVOCACIÓN

D./D<sup>a</sup> ..... como paciente (o representante del paciente  
D./D<sup>a</sup>.....), de ..... años de edad, con domicilio en  
..... D.N.I. nº ..... Revoco el  
consentimiento prestado en fecha..... , que doy con esta fecha por finalizado y no deseo  
proseguir con el tratamiento, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

En ..... a ..... de ..... de .....

Firma del paciente  
(familiar o representante,  
en caso de incapacidad)

Firma de un testigo  
D.N.I.:

Firma del médico

Fdo.:.....

Fdo.:.....

Fdo.:.....

(Nombre y dos apellidos)

(Nombre y dos apellidos)

(Nombre y dos apellidos)

## DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D./D<sup>a</sup> ..... como paciente (o representante del paciente  
D./D<sup>a</sup>.....), de ..... años de edad, con domicilio en  
..... D.N.I. nº ..... Después de ser  
informado de la naturaleza y riesgos del tratamiento que me ha sido propuesto, manifiesto de forma libre y  
consciente mi DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO para que sea aplicado, haciéndome responsable de las  
consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

En ..... a ..... de ..... de .....

Firma del paciente  
(familiar o representante,  
en caso de incapacidad)

Firma de un testigo  
D.N.I.:

Firma del médico

Fdo.:.....

Fdo.:.....

Fdo.:.....

(Nombre y dos apellidos)

(Nombre y dos apellidos)

(Nombre y dos apellidos)