



**DOCUMENTO DE  
CONSENTIMIENTO INFORMADO  
PARA LOS ESTUDIOS CON  
CONTRASTE YODADO  
INTRAVENOSO**

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

**¿Se le ha hecho alguna vez un estudio radiográfico en el que se le haya inyectado contraste en las venas?  
SI - NO**

**Si la respuesta es SI, ¿tuvo problemas?**

**¿Es Ud. alérgico? SI - NO      ¿Tiene Ud. historia de asma? SI - NO**  
**¿Tiene Ud. diabetes? SI - NO      ¿Tiene UD. hipo-hipertiroidismo? SI - NO**

Todos los procedimientos médicos conllevan un elemento de riesgo y este estudio no es una excepción. Queremos describirle los riesgos y luego pedirle su consentimiento, autorizándonos a realizarle el estudio.

En uno de cada 100 pacientes aproximadamente ocurren reacciones alérgicas pequeñas, después de administrarle contraste intravenoso (picazón, enrojecimiento de la piel, estornudos). Menos frecuente, pero también de importancia, son las sibilancias respiratorias (pitos), y el enrojecimiento de los ojos. Las complicaciones serias ocurren en uno de cada 6000 pacientes, aproximadamente, e incluyen reacciones alérgicas severas, caídas de tensión arterial, shock, dificultad para respirar, convulsiones y fallo renal. El riesgo de una reacción grave aumenta de dos a cuatro veces, si es Ud. diabético, amático o tuvo en otra ocasión reacción al contraste yodado. Raramente (1 de cada 100.000 aproximadamente), estas complicaciones serias pueden acabar con la vida del paciente.

El peligro de reacción al contraste dura de 5 a 10 minutos, después de haberlo inyectado.

Su médico ha considerado todos estos riesgos antes de pedir que se realice el estudio y cree que el beneficio diagnóstico es muy superior a los mínimos riesgos que Ud. va a correr. El uso de contraste yodado intravenoso permitirá la opacificación de los vasos y de los tejidos durante el examen, lo que nos dará la posibilidad de valorar mejor su problema.

**¿Ha entendido esta información? SI - NO**

De todas formas, si ocurriera cualquier complicación, no dude que todos los medios médicos de este centro están dispuestos para intentar solucionarlas.

D./Dña. ...., con D.N.I. ...., he sido informado suficientemente del procedimiento que se me va a realizar, explicándome sus riesgos y complicaciones. Por ello, doy mi consentimiento para que se me realice dicho procedimiento. Mi aceptación es voluntaria y puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno.

En ..... a ..... de ..... de 2.

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

Firma de un testigo  
D.N.I.:

Firma del médico

Fdo.:.....  
(Nombre y dos apellidos)

Fdo.:.....  
(Nombre y dos apellidos)

Fdo.:.....  
(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 2.

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

Firma de un testigo  
D.N.I.:

Firma del médico

Fdo.:.....  
(Nombre y dos apellidos)

Fdo.:.....  
(Nombre y dos apellidos)

Fdo.:.....  
(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 2.

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

Firma de un testigo  
D.N.I.:

Firma del médico

Fdo.:.....  
(Nombre y dos apellidos)

Fdo.:.....  
(Nombre y dos apellidos)

Fdo.:.....  
(Nombre y dos apellidos)