

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

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

D./D^a como
paciente (o representante del paciente D./D^a), 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 **HISTEROSALPINGOGRAFÍA**.

Consiste en introducir contraste en útero y trompas para valorar casos de esterilidad.

Riesgos: Dolor e infección, rotura de trompas.

Recomendaciones: Ha de realizarse unos días después de finalizar la regla absteniéndose de relaciones
sexuales.

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 **HISTEROSALPINGOGRAFÍA**.

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^a como paciente (o representante del paciente

D./D^a.....), 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^a como paciente (o representante del paciente

D./D^a.....), 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)