

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

| 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 **SIALOGRAFÍA**.

Consiste en la introducción de contraste en el conducto de una glándula salivar para valorar cálculos,
obstrucciones, infecciones, tumores.

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 **SIALOGRAFÍA**.

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. n^o 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

Firma de un testigo

Firma del médico

(familiar o representante,
en caso de incapacidad)

D.N.I.:

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

Fdo.:..... Fdo.:.....
(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. n^o 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

Firma de un testigo

Firma del médico

(familiar o representante,
en caso de incapacidad)

D.N.I.:

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

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