



Consentimiento Informado Para  
Pacientes Embarazadas Expuestas  
A Radiaciones Ionizantes En  
Exámenes De Radiodiagnóstico

## **Consentimiento Informado Para Pacientes Embarazadas Expuestas A Radiaciones Ionizantes En Exámenes De Radiodiagnóstico**

## Consentimiento Informado Para Pacientes Embarazadas Expuestas A Radiaciones Ionizantes En Exámenes De Radiodiagnóstico

---

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:..... Comuna:.....

Fecha del consentimiento: ..... Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna:.....

En calidad de:.....  
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) : .....

Me ha explicado que es conveniente proceder a la realización del  
**EXAMEN DE RADIODIAGNÓSTICO** de:

.....



## INFORMACIÓN SOBRE EL PROCEDIMIENTO

Existen exámenes Imagenológicos que utilizan radiaciones ionizantes para su realización.

Algunos de estos exámenes son:

Radiografías, Mamografías, Densitometrías, Estudios Digestivos, Procedimientos con Apoyo Fluoroscópico y Tomografías Computadas.

Las radiaciones ionizantes pueden producir efectos en el embrión o feto que dependen del tiempo de gestación, y de la dosis de radiación recibida. Estos efectos pueden aparecer también de forma natural o inducidos por otros factores. En el procedimiento que se le realizará, la dosis recibida es muy baja y el riesgo de aparición de efectos radioinducidos es despreciable<sup>1</sup>.

Sin embargo, hay que tener en consideración que la probabilidad de daño es mayor sobre todo al inicio del embarazo (3 primeros meses). Este riesgo es variable y no predecible, y no se puede eliminar a pesar de las medidas de protección radiológicas disponibles (uso de delantal plomado).

Tomando en consideración lo expuesto anteriormente, su médico ha justificado la realización del estudio basándose en que los beneficios que se obtienen superan ampliamente a los posibles efectos que le pueda ocasionar, y a que no hay técnicas alternativas igual de eficaces para un buen diagnóstico.

### Condiciones particulares

Usted debe tener en cuenta que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto mediante exámenes que usen radiaciones ionizantes varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (como enfermedades preexistentes) que signifiquen mayores riesgos. Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos:

.....

.....

.....

<sup>1</sup>Para la mayoría de los procedimientos diagnósticos, impartiendo dosis fetales de hasta aproximadamente 1 mGy, los riesgos asociados de cáncer infantil son muy bajos.

Yo, .....  
Por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado, declaro que he leído la información que se me ha entregado sobre la exposición a radiaciones ionizantes en el embarazo, y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme conforme con la información recibida.

**DECLARO** no haber omitido ni alterado datos sobre mi salud.

**DECLARO** comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento.

**Fecha de realización del examen o procedimiento:**.....

**Examen o procedimiento imagenológico:** .....

**Información entregada por:**.....

---

**Y en tales condiciones.**

**CONSENTIMIENTO**

Consiento y en tales condiciones, comprendiendo su indicación y riesgos, consiento en que se me realice el examen o procedimiento con uso de **RADIACIONES IONIZANTES.**

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: .....Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad:..... Comuna: .....

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: .....Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna: .....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: .....Rut:.....

Firma del Paciente:.....Rut:.....

Firma del representante legal:.....Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).