

CONSENTIMIENTO INFORMADO
(Ley General de Salud 26842)
ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA

Hospital.....
Servicio Asistencial..... **Nº H.C.**.....
Apellidos y Nombres.....
D.N.I...... **Fecha**.....
Diagnostico.....
Teléfono.....

Como paciente, familiar o representante legal en el caso de paciente incapacitado, tiene derecho a ser informado para que en forma voluntaria acepte o rechace el presente consentimiento para realizarse una Ecocardiografía Transtorácica.

INFORMACIÓN GENERAL.

La Ecocardiografía transtorácica, es una prueba diagnostica no invasiva para pacientes con enfermedad del corazón o de los grandes vasos o con sospecha de ellas. Permite obtener imágenes mediante el uso de ultrasonido y permite evaluar las estructuras del corazón, detectar y valorar la existencia de lesiones en su interior o estructuras próximas.

Se realiza en un ambiente implementado para este tipo de exámenes, usted permanecerá echado boca arriba en una camilla con el pecho descubierto monitorizado y en presencia de personal especializado para estos exámenes y de acuerdo al problema cardiaco que se deba evaluar el cardiólogo ecocardiografista examinador podrá solicitarle se coloque de costado izquierdo en la camilla para realizar el procedimiento y obtener las mejores imágenes de su estudio.

COMO DEBO PREPARARME PARA LA PRUEBA?

Debe presentarse a la hora programada, habiendo tomado sus medicamentos de acuerdo al horario indicado por su medico tratante y recomendable no ingerir alimentos 2 horas antes del procedimiento. Ducharse previamente y ropa limpia.

Después del procedimiento retomar sus actividades cotidianas diarias.

¿CUALES SON MIS RIESGOS?

Este procedimiento cursa sin complicaciones, puede molestar levemente el sitio de presión que el cardiólogo ecocardiografista ejercerá sobre su pecho con el traductor para obtener las imágenes de su examen.

Mediante la presente, en calidad de paciente o representante legal del paciente, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, en cumplimiento de la ley general de Salud Ley Nº 26842 declaro haber recibido y entendido la información brindada de este examen no invasivo en forma respetuosa y clara. Se me ha mencionado que requiero una Ecocardiografía Transtorácica para evaluar y determinar el estado real de la función de mi corazón y establecer un diagnostico ecocardiografico del mismo.

De la misma manera entiendo que tengo la facultad de revocar este consentimiento y no aceptar la realización de dicho procedimiento en cualquier momento posterior a la firma del presente documento.

Manifiesto que me considero satisfecho con la información recibida y comprendo la indicación, beneficios y probable riesgo menor de molestia en el pecho que podría desprenderse de dicho acto medico y en tales condiciones otorgo mi consentimiento para que se me realice la Ecocardiografía Transtorácica descrito.

Firma del paciente o Representante Legal
Nombres y apellidos.....
.....
.....
DNI:.....

Firma y Sello del Medico informante
Nombres y apellidos.....
.....
.....
DNI:
CMP:
RNE.....

REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO

Firma del paciente o Representante Legal
Nombres y apellidos.....
.....
.....
DNI:.....

Firma y Sello del Medico informante
Nombres y apellidos.....
.....
.....
DNI:
CMP:
RNE.....