



Resolución Directoral

Lima, 03 de octubre de 2023

VISTOS:

El MEMORANDO N°125-2023-UO-OEPE-HSR/MINSA, Informe N°000035-2023-OEPE-UO-HSR/MINSA, Nota Informativa N° 000003-2023-COMITÉ-HC/HSR, y el Informe Legal N° 238-2023-MINSA-HSR-OAJ de fecha 03 de octubre de 2023, y;

CONSIDERANDO:

Que, el Hospital Santa Rosa, es una Entidad de Salud Nivel III responsable de brindar una atención descentralizada a todos los pacientes que concurren a la institución y lograr respuestas efectivas ante las distintas enfermedades e implementar programas de atención sanitaria eficiente e innovadores que satisfagan las necesidades de los pacientes;

Que, conforme al ROF del Hospital Santa Rosa son funciones específicas de la Dirección General, aprobar documentos de gestión que correspondan, según las normas vigentes;

Que, mediante Resolución Directoral N° 103-2022-DG-HSR-MINSA se creó el Comité de Historia Clínica del Hospital Santa Rosa, siendo una de sus funciones "Emitir Opinión técnica a la Dirección o Jefatura de la IPRESS sobre cualquier cambio propuesto en los formatos de registro de las prestaciones que integran la historia clínica";

Que, en ese contexto dicho Comité propuso incorporar en la historia clínica: formato de consentimiento informado para la Realización de Estudios de Tomografía Computarizada con Medio de Contraste Endovenoso; Realización de Localización con Arpón de Lesiones Mamarias, y para la Realización de Mamografía Bilateral y Unilateral;

Que, conforme a la Norma Técnica N° 139-MINSA/2018/DGAIN "Norma técnica de Salud para la gestión de historia Clínica, señala en su numeral N° 4.2.19 que en caso se requiera formatos adicionales a los establecidos previamente, o incorporar una o más variables adicionales a los formatos básicos previamente establecidos se deberá hacer mediante un acto resolutivo;

Que, de los antecedentes se advierte que el Departamento de Diagnóstico por Imágenes del Hospital Santa Rosa presenta los referidos formatos al Comité de Historia Clínica, el mismo que se ha realizado tomando como base la normativa la Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA que aprueba la NTS N° 139-



MINSA/2018/DGAIN Norma Técnica de salud para la Gestión de Historia Clínica, y su modificatoria aprobada mediante R.M. N° 265-2018/MINSA;

Que, mediante Nota Informativa N° 000003-2023-COMITÉ-HC/HSR el Comité de Historia Clínica concluye que los Formatos propuestos, y validados, se encuentran dentro del marco de la NTP N° 139-MINSA/2018-DGAIN, "Norma Técnica de Salud para la Gestión de Historia Clínica", por lo que cuenta con opinión técnica favorable;

Que, la Oficina de Asesoría Jurídica opina que la propuesta de aprobar los formatos de consentimiento Informado formato de consentimiento informado para la Realización de Estudios de Tomografía Computarizada con Medio de Contraste Endovenoso; Realización de Localización con Arpón de Lesiones Mamarias, y para la Realización de Mamografía Bilateral y Unilateral, resulta procedente, máxime si los mismos se encuentra dentro de los marcos legales antes descritos;

Que, contando con la visación de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Santa Rosa;

Que, de conformidad con lo dispuesto por el T.U.O de la Ley del Procedimiento Administrativo General, y la Resolución Ministerial N° 1022-2007/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa;



J. PERAZZO

SE RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR los siguientes Formatos a incorporarse en la Historia Clínica, cuyo anexos forman parte de la presente Resolución:

- **FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS DE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA CON MEDIO DE CONTRASTE ENDOVENOSO**
- **FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE LOCALIZACION CON ARPON DE LESIONES MAMARIAS.**
- **FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE MAMOGRAFIA BILATERAL Y UNILATERAL.**

ARTICULO SEGUNDO.- ENCARGAR a la Oficina de Estadística e Informática, la publicación de la presente Resolución en el Portal web del Hospital Santa Rosa.



REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE



M.C. RAÚL NALVARTE TAMBINI
DIRECTOR GENERAL (e)
CMP. 020306 RNE. 012400

RNT/japl.

- ✓ Dirección General
- ✓ Dirección Adjunta
- ✓ Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- ✓ Oficina de Asesoría Jurídica.
- ✓ Archivo.



PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL
SANTA ROSAHOSPITAL
SANTA ROSA
PUEBLO LIBRE

Calidez, ciencia y experiencia a su servicio

DEPARTAMENTO DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS DE
TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA CON MEDIO DE CONTRASTE ENDOVENOSOA. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Paciente (Nombre y Apellidos) de de edad, identificado con
DNI / CE N°, con Historia Clínica N° N° celular:

Sr. (a) (Nombre y apellidos de representante legal o familiar)
(madre/padre/abuelo(a), tutor*), de años de edad, identificado con DNI / CE N°, N° celular:

* Acreditado mediante documento:

DECLARO

Que el M.C. (Nombre y Apellidos del profesional que proporciona la información)
identificado con CMP y RNE, me ha informado de forma confidencial, respetuosa y comprensible acerca de la
necesidad de realizar el procedimiento de **TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA CON MEDIO DE CONTRASTE**
ENDOVENOSO de (precisar la región
anatómica a evaluar).

B. PROCEDIMIENTO:

Estimado paciente Ud. será atendido en un estudio donde se usarán los Rayos X y de acuerdo a lo solicitado por su médico
tratante usaremos un medio de contraste iodado vía endovenoso. Los rayos x permiten la visualización de las partes interiores
del cuerpo y el medio de contraste se usa para poder visualizar con mayor nitidez las partes del cuerpo que se desea estudiar.

En tomografía computarizada, la administración de sustancia de contraste yodada no iónica, es a través de una vena del
brazo, se inyecta durante la adquisición de las imágenes usando un inyector automático de manera segura y calculada según
el peso y condición del paciente, con mayor precisión, si es menor de edad, infante o recién nacido.

C. POSIBLES RIESGOS, EFECTOS ADVERSOS O COMPLICACIONES:

- 1) Se le ha indicado un procedimiento en el que se utilizan rayos X. El riesgo potencial de la radiación incluye:
 - Una ligera elevación del riesgo de padecer cáncer dentro de algunos años. Este riesgo es menor del 0,5%, por lo que se puede considerar muy bajo en comparación con la incidencia normal del cáncer en la población, que es del 33% para mujeres y del 50% para hombres, de acuerdo a la Sociedad Americana del Cáncer.
 - Usted y su familia serán advertidos si se usan unos niveles altos de radiación durante la realización del procedimiento. Si esto ocurriera recibirá instrucciones para que sea posible realizarle un seguimiento.
- 2) Se debe declarar antecedentes o enfermedades concomitantes para la realización del procedimiento:

ANTECEDENTE	SI	NO	ANTECEDENTE	SI	NO
Gestación/ lactancia			Enfisema pulmonar		
Asma			hipertiroidismo		
Diabetes mellitus			Convulsiones		
Alteraciones renales			Mieloma múltiple		
Reacciones previas a contraste iodado			Insuficiencia cardiaca		
Alergias alimentarias			Hipertensión arterial		



PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL
SANTA ROSAHOSPITAL
SANTA ROSA
PUEBLO LIBRE

Calidez, ciencia y experiencia a su servicio

- 3) El contraste yodado no iónico, es una sustancia de uso exclusivo en estudios y procedimiento radiológicos.
- Existe la posibilidad de aparición de reacciones adversas que pueden ser controladas y atendidas en el momento mismo de su aparición. Debe saber usted que contamos con un stock adecuado de medicamento y equipos biomédicos que podemos usar inmediatamente de aparecer una reacción al contraste.
- 4) Las reacciones se producen en un 5% - 8% de la población general y las más frecuentes son las de tipo leve:
- **Reacciones leves: Son las más frecuentes (98%).** No requieren tratamiento, pero si observación: Náuseas, vómitos leves (por ello el paciente DEBE estar en ayunas de por lo menos 6 horas previas), estornudos, sensación de calor, mareos, temblores, escalofríos, gusto metálico, palidez, sudor, cefalea, congestión nasal.
 - **Reacciones Moderadas: Representan un 1% y requieren tratamiento.** Broncoespasmo, disnea, estridor, taquicardia, bradicardia, hipotensión arterial, hipertensión arterial, vómitos graves, urticaria, tromboflebitis química, etc.
 - **Reacciones graves Constituyen alrededor de 1%: Requieren tratamiento e internamiento:** Edema laríngeo grave, shock, pérdida de la conciencia, paro cardiorrespiratorio, arritmias, convulsiones edema agudo del pulmón, trombo embolismo pulmonar.
 - **Reacciones fatales: Son muy poco frecuentes.** Representan aproximadamente 1/170 000.
 - **Extravasación de medio de contraste,** a pesar de haber realizado una adecuada canalización de la vena, el medio de contraste puede salirse de la vena y producir dolor en el sitio de inyección y/o formarse un hematoma (moretón), que usualmente es pasajera y ceden con medios físicos, de manera espontánea en los días siguientes.

PRONOSTICO Y RECOMENDACIONES:

- 5) Se tomarán las precauciones recomendadas para la administración de contrastes radiológicos a pacientes:
- Embarazadas o en periodo de lactancia,
 - Quienes están bajo tratamiento de diálisis,
 - Pacientes con alteraciones de la función tiroidea o con agitación psicomotriz,
 - Pacientes portadores de mieloma múltiples, miastenia gravis y en aquellos con feocromocitoma conocido o sospechado.
 - También debe conocer que existe interacción de los medios de contraste con la metformina.
- 6) Su médico tratante ha elegido el examen solicitado por ser el más conveniente para usted, pero debe saber que en ocasiones si usted no desea realizarse el examen solicitado podría coordinar con su médico tratante a fin de usar otros procedimientos.
- 7) Solo en algunos casos los estudios de resonancia magnética podrían ser de utilidad en lugar de una tomografía.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el profesional 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 satisfecha(o) con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos y en tales condiciones CONSIENTO que el personal Médico y Tecnólogo médico realicen el procedimiento de TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA CON MEDIO DE CONTRASTE ENDOVENOSO, en caso de existir complicaciones en el transcurso del mismo, es posible que se tengan que realizar procedimientos o técnicas para la solución de dichas eventualidades.

Me reservo expresamente el derecho a revocar mi consentimiento en cualquier momento antes de que los procedimientos y tratamientos objeto de este documento sean una realidad.

En Pueblo Libre de del 20..... Hora:



Firma y Firma del Médico
Nombre y Apellidos.....

CMP.....

Firma del paciente o representante
Nombre y Apellidos:

Nº de DNI / CE:



(Huella dactilar)





PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL
SANTA ROSAHOSPITAL
SANTA ROSA
PUEBLO LIBRE

Calidez, ciencia y experiencia en su servicio

REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Paciente (Nombre y apellidos)
 de años de edad, identificado con DNI / CE N°....., con Historia Clínica N°..... N° celular:

Sr. (a) (Nombres y Apellidos) en calidad de representante legal, familiar o allegado de la Paciente) de.....años de edad, identificado con DNI / CE N°..... N° celular:

Revoco el consentimiento prestado en fecha:y no deseo proseguir con el procedimiento de Tomografía computarizada con un medio de contraste endovenoso.

Declaro además que se me ha hecho conocer acerca de los riesgos e implicancias médico-legales que genera esta decisión en contra de la decisión tomada previamente, eximiendo de toda responsabilidad a los médicos tratantes y a la Institución.

En Pueblo Libre,de.....del 20..... Hora:

Sello y Firma del Médico que registra la revocatoria
 Nombre y Apellidos
 CMP

Firma del paciente o representante

Nombre y Apellidos:

N° de DNI / CE:

(Huella dactilar)

PERÚ Ministerio de Salud Dirección de Radiología y Diagnóstico por Imagen Hospital Santa Rosa
 MC. CESAR WALTER HERRERA VIDAL
 DIRECTOR GENERAL (a)
 CMP. 20396 - RNE. 10295

MINISTERIO DE SALUD VICEMINISTERIO DE PACIENTES Y SEGURIDAD EN SALUD HOSPITAL SANTA ROSA
 DRA. ROSA L. MARTÍNEZ CORTÉZ
 CMP. 066986 RNA. AO3941
 JEFA DE LA OFICINA DE SEGUROS

PERÚ Ministerio de Salud Dirección de Prestaciones y Aseguramiento en Salud Hospital Santa Rosa
 MC. ROBERTO CRUZ PAZOS
 JEFE DEL DPTO. DE CONSULTA EXTERNA
 CMP: 36867

PERÚ Ministerio de Salud Hospital Santa Rosa
 M.C. JEAN RICHARD FLORES VILCHEZ
 Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
 C.M.P. N° 052059 - RNA N° A01488

Responsable de la Unidad Funcional de Telesalud
 M.C. RAQUEL CECILIA CANCINO BAZAN
 CMP 2547 RNE. 15557 RNA 4689

PERÚ Ministerio de Salud Hospital Santa Rosa
 M.C. RAQUEL CECILIA CANCINO BAZAN
 CMP 2547 RNE. 15557 RNA 4689
 Responsable de la Unidad Funcional de Telesalud

PERÚ Ministerio de Salud Hospital Santa Rosa

C.D. JUSTO RAMOS LOPEZ
 C.O.P. 7674 R.N.E. 1474
 Jefe del Departamento de Odontología



PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL
SANTA ROSA



HOSPITAL
SANTA ROSA
PUEBLO LIBRE

Calidez, ciencia y experiencia a su servicio

DEPARTAMENTO DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE LOCALIZACIÓN CON ARPON DE LESIONES MAMARIAS

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Paciente (Nombre y Apellidos) de de edad,
identificado con DNI / CE N°, con Historia Clínica N° N° celular:
.....

Sr. (a) (Nombre y apellidos de representante legal o familiar)
(madre/padre/abuelo(a), tutor*), de años de edad, identificado con DNI / CE N°, N° celular:
.....

Acreditado mediante documento:

DECLARO

Que el (iniciales del grupo profesional de la salud) (Nombre y Apellidos del profesional que proporciona la información)
identificado con (Colegio Profesional), me ha informado de
forma confidencial, respetuosa y comprensible acerca de la necesidad de realizar **PROCEDIMIENTO (s) Y TRATAMIENTO**
(s) que a continuación se indica:

B. PROCEDIMIENTO: Localización con Arpón de Lesiones Mamarias

La localización con arpón de lesiones mamarias, es un procedimiento, por el cual se introduce una guía con hilo metálico
(arpón) en la mama, ya sea con guía ecográfica o con guía mamográfica, de una lesión focal (microcalcificaciones, asimetrías
o nódulos no palpables) previamente identificadas en mamografía, ecografía o resonancia magnética, para ser extirpadas por
el cirujano en sala de operaciones, previa confirmación de la presencia de la lesión en la pieza operatoria.

El procedimiento requiere anestesia local, la cual será colocado por el radiólogo quien hará el procedimiento.

C. POSIBLES RIESGOS, EFECTOS ADVERSOS O COMPLICACIONES:

- 1) En caso de que la localización con arpón de lesiones mamarias, se realice con guía mamográfica, se utilizan radiaciones ionizantes. El riesgo potencial de la radiación incluye una ligera elevación del riesgo de padecer cáncer, este riesgo es del 0,0012 %, por lo que se puede considerar muy bajo en comparación con la incidencia normal del cáncer en la población y en relación a los importantes beneficios diagnósticos.
- 2) Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, comunes derivados de toda intervención:
Riesgos leves: sangrado, hematoma, infección, dolor.
Riesgos moderados: síncope vasovagal, edema transitorio del brazo, dolor prolongado de la zona, alergia anestésica.
Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico.
- 3) Contraindicaciones: Relativas: pacientes que ingieren fármacos antiagregantes plaquetarios (aspirina) o anticoagulante (Warfarina, heparina), enfermedades que alteren la coagulación. Personas que por su condición no puedan permanecer de pie por tiempo mayor a 30 minutos. Negativa a realizarse el procedimiento.
Absolutas: Falta de cooperación del paciente. Mujeres embarazadas.

D. PRONOSTICO Y RECOMENDACIONES:

Su médico tratante ha elegido el examen solicitado por ser el más conveniente para usted, pero debe saber que en ocasiones si usted no desea realizarse el examen solicitado podría coordinar con su médico tratante a fin de usar otros procedimientos.



PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL
SANTA ROSAHOSPITAL
SANTA ROSA
PUEBLO LIBRE

Calidez, ciencia y experiencia a su servicio

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el profesional 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 satisfecha(o) con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos y en tales condiciones CONSIENTO que el personal Médico y Tecnólogo médico realicen el procedimiento de LOCALIZACIÓN DE LESIONES MAMARIAS CON ARPÓN, en caso de existir complicaciones en el transcurso del mismo, es posible que se tengan que realizar procedimientos o técnicas para la solución de dichas eventualidades.

Me reservo expresamente el derecho a revocar mi consentimiento en cualquier momento antes de que los procedimientos y tratamientos objeto de este documento sean una realidad.

En Pueblo Libre..... de..... del..... Hora:

Sello y Firma del Médico
Nombre y Apellidos.....
CMP.....

Firma del paciente o representante
Nombre y Apellidos:
Nº de DNI / CE:

(Huella dactilar)

REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Paciente (Nombre y apellidos)
deaños de edad, identificado con DNI / CE Nº....., con Historia Clínica Nº..... Nº celular:

Sr. (a) (Nombres y Apellidos) en calidad de representante legal, familiar o allegado de la Paciente) de.....años de edad, identificado con DNI / CE Nº..... Nº celular:

Revoco el consentimiento prestado en fecha:y no deseo proseguir con el procedimiento de: Localización de Lesiones Mamarias con Arpón.

Declaro además que se me ha hecho conocer acerca de los riesgos e implicancias médico-legales que genera esta decisión en contra de la decisión tomada previamente, eximiendo de toda responsabilidad a los médicos tratantes y a la Institución.

En Pueblo Libre, de..... del 20..... Hora:

Sello y Firma del Médico que registra la revocatoria
Nombre y Apellidos
CMP

Firma del paciente o representante
Nombre y Apellidos:
Nº de DNI / CE:

(Huella dactilar)



C.D. JUSTO RAMOS LOPEZ

C.O.P. 7674 R.N.E. 1474

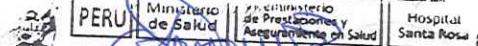
Jefe del Departamento de Radiología



M.C. JEAN RICHARD FLORES VILCHEZ
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
C.M.P. N° 052059 - RNA N° A01488



M.C. RAQUEL CECILIA CANCINO BAZÁN
CMP 2547 RNE. 15357 RNA 4699
Responsable de la Unidad Funcional de Telesalud



PERÚ Ministerio de Salud

M.C. RODOLFO CRUZ PAZOS
JEFE DEL DPTO. DE CONSULTA EXTERNA
CMP: 36867



PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL
SANTA ROSAHOSPITAL
SANTA ROSA
PUEBLO LIBRE

Calidez, Ciencia y experiencia a su servicio

DEPARTAMENTO DE DIAGNOSTICO POR IMAGENES

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE MAMOGRAFÍA BILATERAL Y UNILATERAL

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Paciente (Nombre y Apellidos) deaños de edad,
identificado con DNI / CE N°....., con Historia Clínica N°.....N° celular:
.....

Sr. (a) (Nombre y apellidos de Representante legal. familiar o allegado)
..... (madre/padre/abuelo(a), tutor*), de.....años de edad,
identificado con DNI / CE N°....., N° celular:

* Acreditado mediante documento:

DECLARO:

Que el M.C. (a).....identificado con CMP.....Médico Cirujano con
C.E..... (Nombre y Apellidos del Facultativo que proporciona la información) me ha informado de forma
confidencial, respetuosa y comprensible acerca de la necesidad de proceder en mi situación al **PROCEDIMIENTO
DE MAMOGRAFÍA UNILATERAL O BILATERAL**

B. PROCEDIMIENTO:

La Mamografía es un procedimiento radiológico de toma de imágenes mamarias con radiaciones ionizantes, siendo necesario la compresión de las mamas, de esta manera podemos visualizar el interior de las mamas y detectar cáncer en estadios iniciales.

Una mamografía normal, no es excluyente de malignidad en el 100% de los casos, de ahí la necesidad de los controles periódicos para su comparación y para poder valorar cambios en las mamografías, que nos hagan pensar en la transformación neoplásica.

C. POSIBLES RIESGOS, EFECTOS ADVERSOS O COMPLICACIONES:

La exposición a radiaciones es mínima y este riesgo es muy bajo, en relación con los importantes beneficios diagnósticos.

D. PRONOSTICO Y RECOMENDACIONES:

- 1) El mejor momento para realizar una mamografía es una semana después de su periodo menstrual.
- 2) Debido a la exposición a radiaciones ionizantes, es necesario informar si está gestando o tiene sospecha de la una posible gestación, por el riesgo de malformación en el embrión o fetal.
- 3) Los implantes mamarios deben ser comunicados al tecnólogo médico responsable de la atención, para utilizar la técnica más adecuada y técnicas de desplazamiento manual de sus implantes.
- 4) El día del examen no utilizar desodorante, talco en polvo o loción debajo de los brazos o en las mamas, que pueden aparecer en la mamografía como manchas de calcio.

En consecuencia, en calidad de paciente/familiar/representante legal/en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, en cumplimiento de la ley N°26842 –Ley General de Salud, declaro que:

- a. He sido informado(a) del procedimiento indicado en forma completa, con un lenguaje claro y sencillo
- b. Me siento satisfecho(a) con la información brindada.
- c. He podido realizar preguntas sobre las dudas que tengo y el profesional que me atendió me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.
- d. Conozco los riesgos y beneficios del procedimiento indicado.



PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL
SANTA ROSAHOSPITAL
SANTA ROSA
PUEBLO LIBRE

Calidad, cercanía y experiencia a su servicio

- e. 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(a) con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice el procedimiento de: Mamografía Bilateral y Unilateral

Me reservo expresamente el derecho a revocar mi consentimiento en cualquier momento antes de que el procedimiento objeto de este documento sea una realidad.

En Pueblo Libre.....de.....del 20..... Hora:

Sello y Firma del Médico

Nombre y Apellidos.....

CMP.....

Firma del paciente o representante

Nombre y Apellidos:

Nº de DNI / CE:

(Huella dactilar)

REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Paciente (Nombre y apellidos)
deaños de edad, identificado con DNI / CE Nº..... con Historia Clínica Nº.....
Nº celular:

Sr. (a) (Nombres y Apellidos) en calidad de
representante legal, familiar o allegado de la Paciente) de.....años de edad, identificado con DNI / CE
Nº..... Nº celular:

**Revoco el consentimiento prestado en fecha:y no deseo proseguir con el procedimiento de:
Mamografía Bilateral y Unilateral.**

Declaro además que se me ha hecho conocer acerca de los riesgos e implicancias médico-legales que genera esta
decisión en contra de la decisión tomada previamente, eximiendo de toda responsabilidad a los médicos tratantes
y a la Institución.

En Pueblo Libre,de.....del 20..... Hora:

Sello y Firma del Médico que registra

la revocatoria

Nombre y Apellidos

CMP:

Firma del paciente o representante

Nombre y Apellidos:

Nº de DNI / CE:

(Huella dactilar)



M.C. RAQUEL CECILIA CANCINO BAZÁN
CMP 2547 RNE 15357 RNA 4699
Responsable de la Unidad Funcional de Telesalud



M.C. RODOLFO CRUZ PAZOS
JEFE DEL DPTO. DE CONSULTA EXTERNA
CMP: 36867