



Pueblo Radiology Medical Group

AUTORIZACION PARA EXAMENES DIAGNOSTICOS ESPECIALES Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS

Por favor de no firmar este documento sin que antes su doctor le haiga explicado los riesgos, beneficios o
alternativos para este examen especial que se va a someter.

Nombre de el paciente _____ MR# _____

Nombre de su doctor _____, M.D.

Nombre del Radiólogo _____, M.D.

1. Esta oficina tiene el personal y las facilidades de asistir al doctor en varios exámenes diagnósticos y procedimientos terapéuticos. Estos procedimientos diagnósticos y terapéuticos pueden incluir riesgos o complicaciones, lastimaduras, o hasta muerte. Por razones conocidas o desconocidas no garantizamos ninguna complicación en este examen. Por esa razón estos procedimientos no son realizadas sin el consentimiento del paciente (basándose a la explicación que se le dio al paciente).
2. Su doctor ha considerado que el procedimiento explicado abajo es para su beneficio. Para diagnosticar su estado de salud. Ya una vez de recibir su consentimiento, el examen será realizado por el Radiólogo que se encuentra en la primer parte de esta forma. Cualquier tejido de este examen que fue tomado será desechado bajo la discreción del Patólogo
3. Su consentimiento para este procedimiento en lo siguiente::
 - El Radiólogo de Pueblo Radiology que fue mencionado arriba le explico los riesgos, beneficios y alternativas para el examen descrito abajo.
 - Usted obtuvo toda la información deseada.
 - Usted autorizo y dio el consentimiento para hacer este examen.
 - No ay ninguna garantía para la cura de estos resultados.
 - Usted ha leído y entendido y ha dado su consentimiento de lo siguiente.

PROCEDIMIENTO: Biopsia de _____ Mielo grama Cervical

Mielo grama Lumbar Disco grama Cervical Disco grama Lumbar Inyección Facet

Inyección Epidural Inyección de raíz de nervio Extracción de quiste de _____

Histerosalpingograma Localización de alambre de los senos

Descoagular/Trombo lisis Vascular o sondas introducidas Inserción de línea PICC

Otro examen: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____