

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA RESONANCIA MAGNÉTICA

NOMBRE PROPIETARIO:

DIRECCIÓN:

POBLACIÓN:

COD. POSTAL, PROVINCIA:

TELEFONO:

NOMBRE MASCOTA:

RAZA:

SEXO:

FECHA NACIMIENTO:

PESO:

NUM. H. CLINICA:

ULTIMA HORA DE INGESTA:

MEDICACIÓN ACTUAL:

Doy permiso para que a mi mascota se le realice una Resonancia Magnética (RM). Este estudio incluye anestesia general. Entiendo que tanto la RM como la anestesia se realizarán con cuidado y control del animal.

Entiendo que mi animal puede estar grave y que existen riesgos durante este procedimiento. A pesar del cuidado que se tendrá de mi mascota, existe siempre riesgo de lesión o muerte mientras se realice el estudio. Existe también la posibilidad de que el estado clínico empeore durante o después del estudio de RM debido a situaciones no imputables a la técnica radiológica. Existe la posibilidad de que se le tenga que suministrar una solución de contraste endovenosa durante la realización de la RM a criterio del radiólogo.

Asumo que por cuestiones técnicas, el microchip puede provocar interferencias en el estudio, siendo necesaria su retirada, sin el abono del coste del mismo.

Entiendo y acepto estos riesgos.

Doy el consentimiento para la realización de la RM bajo anestesia general con la posibilidad de utilización de sustancia de contraste y eximo de toda responsabilidad al centro radiológico RESONANCIA MAGNETICA VETERINARIA y a su personal en el caso de que el estado de salud de mi mascota empeore.

Fdo. Propietario de la mascota:

Fecha: