



**Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Costa del Sol**  
**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA**  
**RESONANCIA MAGNÉTICA EN EL PRIMER TRIMESTRE**

Nombre y apellidos: .....

Edad: .....

Nº HHCC: .....

**¿Qué le vamos a hacer?**

A usted se le va a realizar una prueba de Resonancia Magnética (RM) a petición de su médico. La RM es una técnica de imagen que usa un campo magnético intenso. No usa radiaciones ionizantes (Rayos X).

En su caso, al tener un embarazo de primer trimestre, hay que tener en cuenta algunas consideraciones. Por lo general, se acepta que la RM es una técnica segura durante el embarazo, tanto para la madre como para el feto en desarrollo. **No hay ningún estudio que haya demostrado que la resonancia magnética produzca efectos secundarios en el feto.** Sin embargo, se recomienda evitar la realización de la resonancia magnética en el primer trimestre del embarazo.

**¿Qué otras alternativas hay?**

Para obtener la información que solicita su médico la única alternativa que tenemos es la realización de una resonancia magnética. Si se solicita durante el primer trimestre del embarazo se ha valorado que la información que aporta puede ser muy importante para su diagnóstico y tratamiento, y que los riesgos a los que teóricamente se podría exponer al feto son mínimos. Sin embargo, necesitamos su autorización para poder realizar esta prueba.

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda, no tenga reparo en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto.

**Recuerde que tiene que firmar además el documento general de autorización para la realización de un estudio de Resonancia Magnética.**



**Declaraciones y firmas:**

D<sup>a</sup>. ....., con D.N.I. .... he sido informado suficientemente de la intervención que se me va a realizar, explicándome sus riesgos y complicaciones. Por ello, doy mi consentimiento (SI\_\_\_,NO\_\_\_) para que se me realice dicha intervención. Mi aceptación es voluntaria y puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno.

Firma del paciente :

Fecha: ..... / ..... / .....

D./D<sup>a</sup>....., con D.N.I. .... y en calidad de ..... he sido informado suficientemente de la intervención que se le va a realizar. Por ello doy expresamente mi consentimiento(SI\_\_\_,NO\_\_\_)

Firma del tutor ó familiar

Fecha: ..... / ..... / .....

Dr. D./D<sup>a</sup>....., he informado al paciente y al tutor o familiar, del objeto y naturaleza de la intervención que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles.

Firma del médico responsable

Fecha: ..... / ..... / .....

**Revocacion del consentimiento:**

D/D<sup>a</sup>....., con DNI..... revoco el consentimiento prestado en fecha..... y no deseo proseguir el procedimiento, que doy en esta fecha por finalizado



Firma del paciente:

Fecha:...../...../.....

D/D<sup>a</sup>....., con  
DNI.....y en calidad de ....., revoco  
el consentimiento prestado en fecha..... y no deseo proseguir el  
procedimiento, que doy en esta fecha por finalizado

Firma del familiar o tutor:

Fecha...../...../.....

Dr.D/D<sup>a</sup>..... he recibido la revocacion del  
consentimiento prestado en fecha....., por lo que no se prosigue con el  
procedimiento

Firma del medico responsable:

Fecha:...../...../.....