



# LENOX HILL RADIOLOGY & MEDICAL IMAGING ASSOCIATES P.C.

## CONSENTIMIENTO PARA REVISIÓN POR TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA(ARTROGRAMA)

**\*(Por favor firme el día de su cita)**

### **CONSENTIMIENTO**

Como parte de mi examen, yo consiento a recibir material de contraste intravenoso. Este material de contraste intravenoso será administrado a través de una aguja puesta en la vena. Las indicaciones de este procedimiento me han sido explicadas. También me han explicado que las posibles reacciones del contraste, mientras poco comunes, pueden incluir reacción alérgica leve a grave, hinchazón ó infección del sitio que ha sido inyectado, sangrar, dificultad al respirar, baja presión arterial, y disfunción de los riñones. Hay dos tipos de contraste que se pueden utilizar para su examen. Los nuevos, no-iónicos agentes de contraste, son menos probables de causar reacciones que los agentes utilizados en el pasado. Como la salud de nuestros pacientes es nuestra preocupación principal, nosotros no utilizamos el contraste iónico más antiguo. Nuevos agentes de contraste son más costosos y su uso añade un gasto adicional de \$125.00 al costo del examen. Algunas compañías de seguros reembolsan el costo adicional.

Firmando abajo, yo estoy de acuerdo a pagar la cantidad si mi compañía de seguros no me reembolsa. Yo, además, consiento a la administración de estas medicinas, infusiones y otros tratamientos necesarios en la opinión del Radiólogo, si una reacción ocurre.

Firma del Paciente:

---

Testigo:

Fecha:

---