

Servicio de Radiodiagnóstico

Don/Doña
de años de edad, con D.N.I. nº

MANIFIESTA: Que actuando en nombre propio o en representación de Don/Doña
....., con D.N.I.
nº....., como paciente más allegado en concepto de,
el cual no está en condiciones de prestar su consentimiento a juicio del médico que suscribe
conmigo el presente documento.

Otorga su AUTORIZACIÓN a que se me practique o se practique al paciente la exploración
especial consistente en
.....
.....

Que se realiza con/sin anestesia

La paciente Doña
non D.N.I. nº, decide someterse a la exploración con radiaciones
ionizantes, estando informada del riesgo para el feto, en el caso de estar embarazada.

Quedando enterado del riesgo que entraña dicha exploración y cuya naturaleza conozco, en
especial,
.....

Lo firmo en prueba de conformidad:

En, a.....de de 2.....

Firma del paciente

Firma del médico responsable
Nº de Colegiado: