

## Consentimiento informado para colocación de marcador interno mediante punción percutánea guiada por técnica de imagen

D./Dña. \_\_\_\_\_, de  
\_\_\_\_\_ años de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, y con DNI \_\_\_\_\_

D./Dña. \_\_\_\_\_, de  
\_\_\_\_\_ años de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, y con DNI \_\_\_\_\_  
en calidad de \_\_\_\_\_ del paciente

### DECLARO

Que El Dr./Dra. \_\_\_\_\_ me ha explicado debidamente que es conveniente proceder a la colocación de un marcador interno mediante una punción percutánea de la lesión, localizada en \_\_\_\_\_.

Que dicho marcador servirá para un tratamiento posterior médico y/o quirúrgico. Para su colocación se va a necesitar anestesia local y se hará una pequeña incisión.

Se me ha informado de que a pesar de la adecuada realización de la técnica, existen posibles riesgos asociados al procedimiento, en especial:

**Riesgos generales:** dolor, hematoma, sangrado o infección en la zona de punción.

**Riesgos específicos dependientes de la localización** en la que se coloque el marcador (*neumotórax o fuga de aire del pulmón, hemobilia o sangrado de la vía biliar, hematuria o sangrado por la orina*)

El desarrollo de tales complicaciones no se puede asegurar anticipadamente debido a la naturaleza de la enfermedad, a la asociación con otros tratamientos o a la susceptibilidad de cada paciente.

De igual forma que la resolución de las complicaciones surgidas puede llegar a requerir tratamiento médico o quirúrgico, en cuyo caso y en virtud de la gravedad de las mismas conllevan un riesgo potencial de mortalidad.

He comprendido la naturaleza de la prueba, estoy satisfecho/a con la información que se me ha proporcionado, y por ello DOY MI CONSENTIMIENTO para que se me practique el procedimiento para la colocación del marcador interno por vía percutánea.

Y para que así conste, firmo el presente original después de leído.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2 \_\_\_\_\_

**Médico**  
**Nº de Colegiado**  
**Fdo.:**

**Paciente**  
**Fdo.:**

**Representante legal**  
**Fdo.:**

### **Denegación o Revocación**

Yo, D./Dña. \_\_\_\_\_ ..  
Después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos de la prueba antes señalada, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación/revocación *(táchese lo que no proceda)* para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2 \_\_\_\_\_

**Médico**  
**Nº de Colegiado**  
**Fdo.:**

**Paciente**  
**Fdo.:**

**Representante legal**  
**Fdo.:**