



Formato de Referencia Médica y Consentimiento

No. de caso: _____ Fecha y hora de cita: _____

Nombre del Hospital que refiere: _____

Nombre del Médico Veterinario: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Nombre del Propietario: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Nombre del Paciente: _____ Especie: _____

Raza: _____ Edad: _____

Peso: _____

Historia clínica (en caso de requerirlo, incluir hojas extra)

Examen Físico General / Ortopédico / Neurológico (en caso de requerirlo, incluir hojas extra)

Diagnóstico presuntivo: _____

Tratamientos: _____



El Equipo Medico de Hospital Imagen tomara como base la valoración clínica, pruebas de gabinete, diagnóstico presuntivo y riesgo anestésico reportado por el Médico Veterinario Responsable para la aplicación del procedimiento anestésico. Padecimientos preexistentes en el paciente no reportados al Equipo Médico de Hospital Imagen al momento del estudio serán responsabilidad del Médico Veterinario que refiere.

Como resultado de la valoración clínica, pruebas de gabinete y diagnostico presuntivo el riesgo anestésico de mi paciente se clasifica: _____

Doy mi consentimiento para que mi paciente sea sometido a Estudio de Resonancia Magnética utilizando el Procedimiento de Anestesia General y en caso de ser necesario, la aplicación de medio de contraste. Reconozco y he informado al propietario del paciente que actualmente este presenta un problema de salud identificado previamente mediante la valoración clínica y la realización de pruebas de gabinete a mi cargo y que existe el riesgo de muerte al realizar estos procedimientos, así como la posibilidad de que la enfermedad y condición del paciente empeoren durante o después del procedimiento de imagen debido a situaciones no relacionadas con el estudio. Yo entiendo y acepto estos riesgos. Al otorgar mi aprobación para el estudio de Resonancia Magnética, junto con la aplicación de procedimiento anestésico, deslindo a Hospital Imagen y a su personal de toda responsabilidad y procedimientos legales en caso de muerte o que la salud del paciente empeore.

En caso de solicitar el Precio Medico reconozco que Hospital Imagen proporcionará el procedimiento anestésico mediante maquina de anestesia inhalada y monitoreo del mismo dentro de la sala del resonador durante el estudio de Resonancia Magnética. La aplicación de catéter endovenoso, inducción anestésica, sondeo y cuidado en la recuperación anestésica estarán a mi cargo. Hospital Imagen proveerá de las instalaciones y equipo para la preparación y adecuada recuperación del paciente.

En el desafortunado caso de que el paciente necesitara atención de emergencia, autorizo que sea atendida en Hospital Imagen para que se provean los cuidados necesarios inmediatos. Entiendo que el costo del estudio de Resonancia Magnética no incluye el costo de la atención médica de emergencia, dicho costo en caso de requerirse será cobrado como costo adicional. Entiendo y acepto estos riesgos. Al dar mi autorización para el servicio médico de emergencia, en caso de ser necesario, Yo deslindo a Hospital Imagen y a su personal de toda responsabilidad y procesos legales en caso de que la salud de mi paciente empeore.

Región de interés para estudio de Resonancia Magnética

☐ Cráneo

☐ Columna Vertebral

Especificar región de interés

☐ Columna Cervical

☐ Columna Torácica

☐ Columna Torácolumbar

☐ Columna Lumbar

☐ Columna Lumbosacra

☐ Sistema Musculoesquelético

☐ Hombro

☐ Codo

☐ Rodilla

*Favor de entregar los resultados de las pruebas de gabinete recientes al momento del estudio.

Nombre y Firma del Médico Veterinario Responsable