A. TIPO DE ECOGRAFÍA A REALIZAR (marque con una X)

Abdomen		Pélvica		Tejidos blandos		Otra (especificar)	
Hígado / Vías biliares		Mamaria		Cuello			
Renal / Vías urinarias /		Doppler Portal / Renal / Mesentérico		Muscular / Articular			

B. EXPLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La ecografía es un procedimiento diagnóstico no invasivo que utiliza ondas sonoras para obtener imágenes del interior del cuerpo. Se emplea un gel conductor y un transductor que se mueve sobre la piel. No utiliza radiación ionizante y no presenta riesgos ni contraindicaciones conocidos.

C. OBJETIVO Y BENEFICIOS

Permite observar estructuras internas y apoyar el diagnóstico médico de manera segura y efectiva.

D. PREPARACIÓN REQUERIDA

Dependiendo del tipo de ecografía, puede requerirse ayuno o repleción vesical. Consulte previamente las indicaciones específicas.

E. RIESGOS Y LIMITACIONES

Este procedimiento no garantiza un diagnóstico definitivo. Es una herramienta de apoyo que depende de múltiples factores clínicos y técnicos. Se trata de una obligación de medio, no de resultado.

F. DERECHO A RECHAZAR O REVOCAR

Se me ha informado que puedo negarme a realizar el procedimiento o revocar mi consentimiento en cualquier momento, sin afectar la relación con la institución.

G. DECLARACIÓN DEL PACIENTE

He recibido información clara, comprensible y suficiente sobre el procedimiento.

Entiendo sus beneficios, preparación, posibles riesgos y alternativas.

He tenido la oportunidad de resolver mis dudas.

Otorgo mi consentimiento libre, informado y voluntario para que se me realice la ecografía seleccionada.

FIRMA DEL PACIENTE: _____

IDENTIFICACIÓN: _____