

Ministerio de Salud
Instituto de Gestión
De Servicios de Salud
Instituto Nacional
De Ciencias
Neurológicas



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Nº 279 -2016-INCEN-DG

Lima, 18 de Agosto de 2016.

VISTOS:

La Nota Informativa N° 086-2016-OEPE-INCEN de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, remitiendo la solicitud de Aprobación de Formatos de consentimientos Informados del Servicio de Neurogenética y Departamento de Diagnóstico por Imágenes.

CONSIDERANDO:

Que, por Informe N° 012A-2106-INCEN-DEIDAEADT, la Directora Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento solicita aprobación de los formatos de Consentimientos Informados del Departamento de Diagnóstico por Imágenes y el Servicio de Neurogenética;

Que, con Informe N° 001-2016-COMITE-HC de la Presidenta del Comité de Historias Clínicas, pone en conocimiento que el Comité de Historias Clínicas ha aprobado los formatos de Consentimientos Informados del Departamento de Diagnóstico por Imágenes y del Servicio de Neurogenética;

Que, mediante Informe N° 023-2016-OEPE-UO/INCEN de la Unidad de Organización de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, remite los antecedentes de la solicitud de aprobación de Consentimientos Informados del Departamento de Diagnóstico por Imágenes y el Servicio de Neurogenética;

Que, la Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA, aprobó la N.T. N° 022-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", con la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de la atención a los usuarios de los servicios de salud a través de una adecuada gestión de las Historias Clínicas, teniendo como objetivos establecer las normas para el manejo, conservación y depuración de las Historias Clínicas en las diferentes Unidades Productoras de Servicios de Salud del Sector, y considera que el Consentimiento Informado expresa la conformidad del paciente o su representante legal cuando está imposibilitado, respecto a una atención médica, quirúrgica o algún otro procedimiento, en forma libre, voluntaria y consciente, después que el médico u otro profesional de salud competente, le ha informado de la naturaleza de la atención, incluyendo los riesgos reales y potenciales, efectos



I. TAGLE L.



colaterales y efectos adversos, así como los beneficios, lo cual debe ser registrado y firmado en un documento por el paciente o su representante legal y el profesional responsable;

Que, los Formatos de Consentimientos Informados elaborados por el Servicio de Neurogenética y del Departamento de Diagnóstico por Imágenes han sido aprobados por el Comité de Historias Clínicas y cuentan con la opinión favorable de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, guardando observancia a la normatividad aplicable;

Estando a lo Informado con opinión favorable por el Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica mediante Informe N°208-2016-OAJ/INCEN.

Con las visaciones de la Directora Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento, de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.

De conformidad con lo dispuesto por el Art. 1° inc. 1.2.1 de la ley 27444 "Ley del Procedimiento Administrativo General" y la Resolución Ministerial N° 787-2006- MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar los Formatos de Consentimientos Informados del Servicio de Neurogenética y Departamento de Diagnóstico por Imágenes que forman parte de la presente resolución:

Servicio de Neurogenética:

- Consulta Especializada en Neurogenética para paciente nuevo, Enfermedad de Huntington en nueve (9) folios.
- Consulta Especializada en Neuropsiquiatría para paciente nuevo, en tres (3) folios
- Consulta Especializada en Neuropsiquiatría para paciente continuador en un (1) folio.

Departamento de Diagnóstico por Imágenes:

- Consentimiento Informado para Resonancia Magnética, en dos (2) folios
- Consentimiento para Administración de Quelato de Gadolinio por vía Endovenosa para la realización de Examen por Resonancia Magnética, en un (1) folio
- Solicitud de Exámenes de Resonancia Magnética, en 2 (dos) folios
- Consentimiento Informado para Tomografía Espiral Multicorte un (1) folio.
- Consentimiento para la Administración del Contraste Yodado Hidrosoluble por vía Endovenosa para la realización de Exámenes por Tomografía un (1) folio.

Artículo 2°.- La Directora Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento, se encargará de la difusión, monitoreo, implementación, aplicación y supervisión de los referidos formatos en el ámbito de su competencia.

Artículo 3°.- Encargar a la Oficina de Comunicaciones la difusión y publicación de la presente Resolución Directoral, en la página web del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.

Regístrese y Comuníquese,

IBTL/JFOD
Visaciones- copias
DG
DEIDAEADT
OAJ.

MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
Dirección General
Med. Cir. PILAR ELENA MAZZETTI SOLER
Directora de Instituto Especializado (e)



I. TAGLE L.



PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ
 "Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

CONSULTA ESPECIALIZADA EN NEUROGENETICA PARA PACIENTE NUEVO ENFERMEDAD DE HUNTINGTON

Paciente :
 Edad : años
 Historia Clínica :
 Diagnóstico : DC/ Enfermedad de Huntington
 Fecha : de del 2015
 Consultor o Evaluador :
 Acompañantes :

Datos Personales		Detalle
Sexo		masculino () femenino ()
Estado civil		soltero () casado () conviviente () Otro:
Fecha Nacimiento		/ /
Lugar de Nacimiento:	Distrito:	
	Provincia:	
	Departamento:	
Dirección		
Procedencia (últimos 6 meses)		
DNI		
Teléfono fijo		
Teléfono celular		
Correo electrónico		
Grado de Instrucción		ninguno () primaria() secundaria() superior() especial () completo (incompleto () Nº. años de estudio: años
Tipo de ocupación		Anterior Actual
Desempeño laboral Normal (3), empleo completo o hace todo Reducido (2) incompleto con menos de lo esperado para capacidad prevista, tiempo parcial Poco (1) por horas, con ayuda importante No empleado (0) o no puede hacer		
Religión		
Médico tratante/solicitante		

ANTECEDENTES PERSONALES FISIOLÓGICOS		Si () No () Descripción:
Perinatales,		
Desarrollo		
Régimen catamenial		
Gestación		
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS		Si () No () Descripción:
Cardiovasculares	HTA:	
	Dislipidemias:	
	Otros:	
Respiratorios	Asma:	
	TBC:	
	Otros:	

Dr. Mario R. Cornejo Olivas
 Director General
 Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
 CNP: 43604 RNE: 21709



www.icn.minsa.gob.pe
 icn@icn.minsa.gob.pe





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto Nacional de
Ciencias NeurológicasDECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERU
"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la
Educación

Endocrino	DM:	
	Alt. Tiroidea:	
	Otros	
Digestivos		
Génito-urinario		
Infecciones		
Cirugías		
Alergias	Medicamentos:	
	Alimentos:	
Hábitos nocivos:	Tabaco:	
	Alcohol:	
	Otros:	
Medicación actual:		
Cuidador principal		
Otros:		

ANTECEDENTES FAMILIARES	Nombre completo (APELLIDOS y nombres)	Edad	Lugar nacimiento	Afecta do	EI	Obs
Padre						
Abuelo paterno						
Abuela paterna						
Madre						
Abuelo materno						
Abuela materna						
Hermanos de padre y madre						
Otros hermanos						
Paternos						
Maternos						
Conyuge						
Hijos						
Otros familiares						

MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
SERVICIO DE NEUROGENÉTICA

MARIO R. CORNEJO O. P.
CMP: 43604 P. E. 2



RELATO:

Detalle



I. TAGLE L.



P. MAZZETTI S.

www.icn.minsa.gob.pe
icn@icn.minsa.gob.pePágina 2 de 8
V 19_01_15 JCG/MCO

20



PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto Nacional de
Ciencias NeurológicasDECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ
"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la
Educación

Edad y tipo de Inicio	Para el paciente: Edad	Motor() cognitivo() comportamiento () Detallar:	
	Para la familia Edad	Motor () cognitivo () comportamiento() Detallar:	
Evolución de la enfermedad:			
Fecha diagnóstico clínico (dd/mm/aaaa)			
Dx de laboratorio Si () No ()	Institución	Fecha (dd/mm/aaaa)	
		Alelo mayor	
		Alelo menor	
Fase pre-diagnóstica: Cambios sutiles de personalidad, cognición y motricidad		Marcar SI/ NO, y detallar	
• Irritabilidad, discusiones frecuentes			
• Desinhibición			
• Inquietud a predominio nocturno			
• Dificultades en el trabajo			
• Dificultad para tareas simultaneas			
• Manejo financiero			
• Olvidos leves			
• Ansiedad			
• Otros			
Fase diagnóstica: movimientos anormales		Marcar SI/ NO, y detallar	
• Movimientos anormales:			
o Corea (lugar de inicio, progresión)			
o Cambios frecuentes de posición			
o Lentitud del movimiento			
o Incoordinación:			
o Inestabilidad para la marcha			
o Distonía (localización):			
• Cognición que afecte desempeño:			
o Olvidos hechos recientes			
o Olvidos hechos remotos			
o Distractibilidad			
o Dificultad para organizar/planificar			
o Dificultad para habilidades motoras			
o Dificultad para comprensión			
o Dificultad para expresión			
• Manifestaciones psiquiátricas			
o Depresión			
o Perseveración/comportamiento obsesivo			
o Manía, hipomanía			
o Psicosis (alucinaciones y/o delusiones)			
o Irritabilidad			
o Comportamiento agresivo o violento			
o Apatía			
• Tendencia suicida			
o Ideas			
o Planes			
o Intento			
o Lo ha mencionado a alguien			
• Trastorno del sueño			
Fase avanzada:		Marcar SI/NO, y detallar	
o Marcha dependiente			

Neurogenética
www.incngen.org.pe

I. TAGLE L.



P. MAZZETTI S

www.minsa.gob.pe
incn@incn.minsa.gob.pePágina 3 de 8
V 19_01_15 JCG/MCO

19

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS
 SERVICIO DE NEUROGENÉTICA
 MARIO R. CORNEJO OLIVERA
 C.M.P. 19004





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto Nacional de
Ciencias Neurológicas

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ
"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la
Educación"

☐ Corea severa	
☐ Lentificación de movimiento que afecte desplazamiento	
☐ Comprensión muy limitadas	
☐ Expresión muy limitada	
☐ Disfagia, atoros,	
☐ BNM por aspiración	
☐ Caídas	
☐ Adelgazamiento importante:	
☐ Dependencia	
Otros:	Marcar SI/ NO, NO EVALUADO
☐ Crisis convulsivas	
☐ Mioclonías	
☐ Arreflexia	
☐ Aumento de creatinquinasa,	
☐ Acantocitosis	
☐ Ingesta de neurolepticos	
☐ corea en gestación	
☐ hipertiroidismo	
☐ antecedente de enf. cerebro-vascular	
☐ alteraciones metabólicas, hiperglicemia	
☐ ant. De fiebre reumática	

EXAMEN NEUROLOGICO		Si () No () No evaluado () Descripción
Ataxia/alteraciones cerebelosas		
Alteraciones de movimientos oculares (sacádicos, seguimiento, oftalmoplejia)		
Nistagmo		
Retracción palpebral		
Disfagia		
Disartria		
Piramidismo	Hiperreflexia	
	espasticidad	
	Babinski	
	otros	
Arreflexia		
Fasciculaciones		
Atrofia/hipotrofia		
Alteraciones sensitivas		
Pérdida de agudeza visual		
Atrofia óptica		
Movimientos distónicos		
Movimientos coreicos		
Alteraciones cognitivas		
Rigidez		
Bradiquinesia		
Temblor de reposo		
Temblor postural		
Convulsiones		
Inestabilidad postural		
Alteraciones de la marcha		
Peso		
Índice de Masa Corporal (IMC)		
Otros hallazgos al examen		





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto Nacional de
Ciencias NeurológicasDECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ
"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la
Educación

MMSE	
MoCA	
UHRS	
Otras escalas	

EXAMENES AUXILIARES	COMENTARIO
Examen genético	
o N° de muestra	
o código de familia	
o Consentimiento	
o Tipo de muestra	
Tomografía cerebral	
RM cerebral	
Electroencefalografía	
Evaluación neurocognitiva	
Endocrinología	
Psiquiatría	
Oftalmología	
Otros Exámenes laboratorio:	
Exámenes especiales:	

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

DIAGNÓSTICO	CIE10	MARCAR(X) según corresponda
Enfermedad de Huntington	G10	
Corea inducida por fármacos	G25.4	
Otras Coreas (detallar)	G25.5	

Se explica a los familiares de la persona afectada las características de la enfermedad de Huntington, el componente hereditario dominante y el riesgo de anticipación en las generaciones sucesivas. Igualmente, se explica la existencia de medicación para control de síntomas y la necesidad de control regular por un médico para vigilar complicaciones como adelgazamiento y las referidas a postración.

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS
SERVICIO DE NEUROGENÉTICA

MARIO R. CORNEJO OLV.
C.M.P. 43604 RNE. 2.1.7

Barrios Altos, de del 2015



Neurogenética
www.incnqen.org.pe



I. TAGLE L.



P. MAZZETTI S

www.minsa.gob.pe
icn@icn.minsa.gob.pe

Página 5 de 8
V 19_01_15 JCG/MCO



17



PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto Nacional de
Ciencias Neurológicas

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ
"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la
Educación"

ESCALA UNIFICADA DE VALORACIÓN DE LA ENFERMEDAD DE HUNTINGTON

Fecha

EVALUACIÓN MOTORA:

Movimientos oculares de seguimiento (horizontal y vertical)

Horizontal

Vertical

0. Normal
1. Sacudidas
2. Seguimiento interrumpido / rango de movimiento
3. Rango de movimiento incompleto
4. No puede hacerlo

Inicio de movimientos sacádicos (horizontal y vertical)

Horizontal

Vertical

0. Normal
1. Sólo latencia incrementada
2. Parpadeo o movimientos de cabeza controlables al iniciarlos
3. No puede controlar movimientos de la cabeza
4. No puede iniciar movimientos sacádicos

Velocidad de movimientos sacádicos (horizontal y vertical)

Horizontal

Vertical

0. Normal
1. Leve enlentecimiento
2. Moderado enlentecimiento
3. Severo enlentecimiento, rango de movimientos completos
4. Rango de movimientos incompleto

Disartria

0. Normal
1. No es claro pero necesita repetir lo dicho
2. Debe repetir lo dicho para ser entendido
3. Mayormente incomprensible
4. Mudo

Protrusión de lengua

0. Puede mantenerla completamente protruida por 10 seg.
1. No puede mantener completamente protruida por 10 seg.
2. No puede mantenerla completamente protruida por 5 seg
3. No puede mantenerla completamente protruida
4. No puede protruírla por fuera de los labios

Golpeteo de dedos (mano derecha e izquierda)

Derecha

Izquierda

0. Normal ($\geq 15/5$ seg)
1. Levemente enlentecido y/o reducción en amplitud (11 a 14/5 seg)
2. Moderadamente comprometido. Cansancio rápido y definido Puede ocasionalmente detener el movimiento (7 a 10/5 seg)
3. Severamente comprometido. Frecuentemente duda en iniciar el movimiento o detiene el movimiento en curso (3 a 6/5 seg)
4. Apenas puede realizar la prueba

Pronación y supinación de manos (derecha e izquierda)

Derecha

Izquierda

0. Normal
1. Levemente irregular y/o enlentecido
2. Moderadamente enlentecido e irregular
3. Severamente enlentecido e irregular
4. No puede realizar la prueba

Test de Luria (Puño - Borde- Palma)

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS
SERVICIO DE NEUROGENÉTICA
MARIO S. CORNEJO
CMP 43504 RNS



Neurogenética
www.incngen.org.pe



I. TAGLE L.



P. MAZZETTI S

Página 6 de 8
V 19_01_15 JCG/MCO



16



PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto Nacional de
Ciencias NeurológicasDECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ
"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la
Educación

0. ≥ 4 en 10 segundos, sin indicaciones		
1. < 4 en 10 segundos, sin indicaciones		
2. ≥ 4 en 10 segundos con indicaciones		
3. < 4 en 10 segundos, con indicaciones		
4. No puede realizar la prueba		
Rigidez de brazos (derecho e izquierdo)	Derecho	Izquierdo
0. Ausente		
1. Imperceptible o detectada sólo con maniobra de Froment		
2. Leve a moderada		
3. Severa, rango de movimiento completo		
4. Severa, con limitación del rango de movimiento		
Bradicinesia-cuerpo		
0. Normal		
1. Minimamente lento (normal?)		
2. Leve pero claramente lento		
3. Moderadamente lento, alguna duda		
4. Severamente lento, demora prolongada en inicio del movimiento.		
Distonía máxima (tronco y extremidades)		
0. Ausente	Tronco	
1. Imperceptible / Intermitente	MSD	
2. Leve / presente frecuentemente / intermitente	MSI	
3. Moderada / presente casi siempre	MID	
4. Severa / presente siempre	MII	
Corea máxima (tronco y extremidades)		
0. Ausente	cara	
1. Imperceptible / Intermitente	BOL	
2. Leve / presente frecuentemente / intermitente	Tronco	
3. Moderada / presente casi siempre	MSD	
4. Severa / presente siempre	MSI	
	MID	
	MII	
Marcha		
0. Marcha normal, base de sustentación estrecha		
1. Lenta y/o amplía base de sustentación		
2. Camina con dificultad y amplía base de sustentación		
3. Camina sólo con asistencia		
4. No puede intentarla		
Marcha en tándem		
0. Normal en 10 pasos		
1. 1 a 3 desviaciones en línea recta		
2. > 3 desviaciones		
3. No puede completar la prueba		
4. No puede intentarla		
Test de retropulsión		
0. Normal		
1. Se recupera espontáneamente		
2. Caería si no se apoya o lo sostienen		
3. Tiende a caer espontáneamente		
4. No puede estar de pie		
Seguridad diagnóstica (DCL)		

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS
SERVICIO DE NEUROGENÉTICA

DR. R. CORNEJO OLIVERA



Neurogenética
www.incnaen.org.pe



I. TAGLE L.



P. MAZZETTI S

Página 7 de 8
V 19_01_15 JCG/MCO



15



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de
Ciencias Neurológicas

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERU
"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la
Educación

0. Normal	
1. Anormalidades motoras inespecíficas (<50%)	
2. Anormalidades motoras que podrían corresponder EH(50-89%)	
3. Anormalidades motoras que podrían corresponder EH(90-98%)	
4. Anormalidades motoras que podrían corresponder EH(>=99%)	
TOTAL	puntos



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS
SERVICIO DE NEUROGENÉTICA
MARIO R. CORNEJO OLIVERA
DIRECTOR

Neurogenética
www.incngen.org.pe



I. TAGLE L.



P. MAZZETTI S.

www.incngen.org.pe
www.incngen@incngen.org.pe

Página 8 de 8
V 19_01_15 JCG/MCO



140



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de
Ciencias Neurológicas

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ
"Año de la Promoción de la Industria Responsable y
del Compromiso Climático"

CONSULTA ESPECIALIZADA EN NEUROGENÉTICA PARA PACIENTE CONTINUADOR ENFERMEDAD DE HUNTINGTON

Paciente:

Edad:

Historia Clínica:

Diagnóstico:

Enfermedad de Huntington

Fecha y hora:

Consultor o Evaluador:

Acompañantes:

MEDICACIÓN:

EVOLUCIÓN E INTERCURRENCIAS

INDICACIONES

PROXIMA CITA



MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
SERVICIO DE NEUROGENÉTICA
[Signature]
MARIO P. CORNEJO OLIVERA
CMP: 43604 RNE 2177

Neurogenética

www.incnqen.org.pe



I. TAGLE L.



P. MAZZETTI S

www.incn.minsa.gob.pe
www.incn.minsa.gob.pe

Página 1 de 1
V 07_07_14 VRP/MCO





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de
Ciencias Neurológicas

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"Año de la Diversificación Productiva y del
Fortalecimiento de la Educación"

CONSULTA ESPECIALIZADA EN NEUROPSIQUIATRÍA PARA PACIENTE NUEVO

Paciente:

Edad:

Historia Clínica:

Fecha y hora:

Consultor o Evaluador:

Acompañantes:

Datos Personales	
Sexo	masculino () femenino ()
Estado civil	soltero () casado () conviviente () Separado () Viudo () Otro:
Fecha Nacimiento	
Lugar de Nacimiento:	Distrito:
	Provincia:
	Departamento:
Idioma	
Dirección	
Procedencia (últimos 6 meses)	
DNI	
Teléfono fijo	
Teléfono celular	
Grado de Instrucción	primaria () secundaria () superior () Especial () completo () incompleto () Ninguno () No. años de estudio:
Ocupación	Actual
	Anterior
Religión	
Anamnesis	Directa () Indirecta () Mixta ()
Médico tratante	

ENFERMEDAD ACTUAL	
Signos y síntomas principales	
Relato	
FUNCIONES BIOLÓGICAS	Descripción
Sueño	
Apetito	
Micción	
Deposiciones	
Peso	

Neurogenética



I. TAGLE L.



P. MAZZETTI S

www.incngen.org.pe
informas@incngen.org.pe

Jr. Ancash N° 1271 Lima Cercado
Teléfono: 411 7779
328 5189





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de
Ciencias Neurológicas

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
 "Año de la Diversificación Productiva y del
 Fortalecimiento de la Educación"

ANTECEDENTES PERSONALES FISIOLÓGICOS		Sí () No () Descripción:
Embarazo y parto normal		
Desarrollo Psicomotor normal	Hablar	
	Caminar	
	Control de esfínteres	
	Otros	
Educación normal	Inicial	
	Primaria	
	Secundaria	
	Superior	
Dominancia		
Personalidad previa		
Desempeño laboral		
Menarquia / menopausia		
FUR, Régimen catamenial		
Vida sexual		



ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS		Sí () No () Descripción:
Cardiovasculares	HTA	
	Hipercolesterolemia	
	Otros	
Respiratorios	Asma	
	TBC	
	Otros	
Endocrino	DM	
	Enf. Tiroidea	
	Otros	
Digestivos	Colon irritable	
	Otros	
Génito-urinarios		
Infecciones (sífilis, HIV, otras)		
Cirugías		
Psiquiátricos o psicológicos		
Neurológicos		
Alergias	Medicamentos:	
	Alimentos:	
Hábitos nocivos:	Tabaco:	
	Alcohol:	
	Otros:	
TEC / accidentes		
Medicación actual		

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS
 SERVICIO DE NEUROGENÉTICA
 MARIO R. CORNEJO OLIVAS
 C.M.P. 43604 R.N.E. 21700

Neurogenética



I. TAGLE L.



P. MAZZETTI S

www.incngen.org.pe
 informes@incngen.org.pe

Jr. Ancash N° 1271 Lima Cercado
 Teléfono: 411 7779
 328 5189





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de
Ciencias Neurológicas"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"Año de la Diversificación Productiva y del
Fortalecimiento de la Educación"

Cuidador principal

ANTECEDENTES
FAMILIARESFuncionamiento
familiar

ANTECEDENTES GENERALES	Descripción
Ingreso familiar	
Tipo de vivienda	
Factores psicosociales	
Problemas legales	
Desenvolvimiento laboral	
Otros	

I. EXAMEN MENTAL

	Descripción
Observación	
Atención	
Orientación	
Lenguaje	
Memoria	
Pensamiento forma contenido	
Percepción	
Afecto	
Voluntad	
Inteligencia	
juicio	
Funciones cognitivas	
Conciencia de enfermedad	

II. IMPRESION DIAGNOSTICA

III. PLAN DE TRABAJO

IV. TERAPEUTICA

V. PROXIMA CITA



MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
SERVICIO DE NEUROGENETICA
MARIO R. CORNEJO OLIVERA
MP. 22604 RNE - 70

Neurogenética



I. TAGLE L.



P. MAZZETTI S

www.incngen.org.pe
incngenes@incngen.org.peJr. Ancash N° 1271 Lima Cercado
Teléfono: 411 7779
328 5189



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión
de Servicios de Salud

Instituto Nacional de
Ciencias Neurológicas

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERU"
"Año de la Diversificación Productiva y del
Fortalecimiento de la Educación"

CONSULTA ESPECIALIZADA EN NEUROPSIQUIATRÍA PARA PACIENTE CONTINUADOR

Paciente:

Edad:

Historia Clínica:

Fecha y hora:

Consultor o Evaluador:

Acompañantes:

Anamnesis:

Paciente:

Familiar:

Examen mental

Observación

Atención

Orientación

Lenguaje

Memoria

Pensamiento

Percepción

Afecto

Voluntad

Inteligencia

Juicio

Evolución:

Impresión diagnóstica:

Indicaciones médicas:

Próxima cita:



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS
NEUROLÓGICAS
SERVICIO DE NEUROGENÉTICA
MARIO R. CORNEJO OLIV
CMP: 43604 RNE: 217

Neurogenética



I. TAGLE L.



P. MARZETTI S

www.incngen.org.pe
informes@incngen.org.pe



Jr. Ancash N° 1271 Lima Cercado
Teléfono: 411 7779
328 5189



PERU Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas



DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y APOYO AL DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RESONANCIA MAGNÉTICA*

Fecha: / /

Apellidos y Nombres :

H.C.:

Fecha de nacimiento: / /

Sexo: Femenino () Masculino ()

Edad:

DNI:

Dirección: Avda./Calle:

Urbanización:

Distrito:

Teléfono:

Peso:

Kg

Talla:

m

Motivo de la exploración de RM:

Funciones vitales:

FC:

FR:

PA:

Sat O₂%:

Glasgow:

El paciente o su representante legal debe completar el siguiente cuestionario:

¿Qué le vamos a hacer?

Usted va a realizarse una prueba de Resonancia Magnética a petición de su médico. La RM es una técnica de imagen que utiliza un campo magnético intenso, es decir no se usan radiaciones ionizantes (Rayos X) y el contraste utilizado no contiene yodo, por tanto, la posibilidad de reacciones adversas son muy raras.

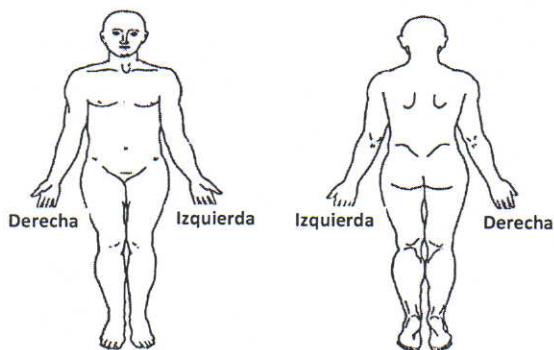
¿Qué riesgos tiene?

Las precauciones a tomar son las derivadas de la acción del campo magnético que no ocasiona problemas si se cumplen las normas de seguridad que le indicará el personal de la unidad. La única circunstancia molesta la constituye el ruido que oír durante el examen.

ADVERTENCIA:

Ciertos implantes, dispositivos u objetos magnéticos, mecánicos y electrónicos pueden ser peligrosos para usted y pueden interferir con el procedimiento de Resonancia magnética. Si usted tiene alguna duda o preocupación en relación a este tipo de implantes, dispositivos u objetos **NO DEBE INGRESAR a la SALA DEL RESONADOR MAGNÉTICO**, consulte con la Enfermera, Tecnólogo médico o Médico radiólogo del Servicio de Resonancia Magnética. **Recuerde que el imán del sistema MR está SIEMPRE encendido.**

Por favor marque en el dibujo la ubicación de cualquier dispositivo, implante u objeto de metal en el interior o sobre su cuerpo; en el caso de una intervención quirúrgica marque el lugar de operación:



INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE

- El paciente debe:
 - ✓ Asistir 30 minutos antes de la cita y venir en ayunas.
 - ✓ Traer exámenes anteriores de RX, Ecografía, TAC y RM, si los tuviera.
 - ✓ Entregar su dosaje de Creatinina actualizado (solo si el paciente tiene más de 60 años y requiere el uso de Gadolinio).
 - ✓ Comunicar al personal si ha presentado reacciones alérgicas.
- El paciente antes de entrar a la Sala del RM debe:
 - ✓ Retirarse los ganchos, pinzas para el cabello, audífonos, lentes, joyas, etc.
 - ✓ Quitarse la dentadura postiza, dientes postizos.
 - ✓ Dejar en su casillero sus objetos personales.
 - ✓ Quitarse la ropa, quedarse con prendas interiores y colocarse la bata que se le entregará.
- Durante el examen de Resonancia magnética debe utilizar los tapones para los oídos o auriculares (para prevenir posibles daños ya que los ruidos de ruido acústico pueden afectar su audición).

Por favor de indicar si tiene o ha tenido:

SI	NO	Marcapasos cardíaco
SI	NO	Resincronizador cardíaco
SI	NO	Cardiodesfibrilador
SI	NO	Electrodos internos e hilos conductivos
SI	NO	Válvulas cardíacas artificiales
SI	NO	Clip de aneurisma
SI	NO	Otros clips y grapas quirúrgicas
SI	NO	Neuroestimulador y/o Bioestimulador
SI	NO	Implante de oído, coclear, otológico u otro
SI	NO	Piercing en el cuerpo
SI	NO	Prótesis de articulaciones
SI	NO	Dispositivo de fijación espinal
SI	NO	Cualquier tipo de prótesis (ojo, pene, etc.)
SI	NO	Cualquier dispositivo implantado (varillas, tornillos, clavos, placas, alambres, stents, malla quirúrgica)
SI	NO	Parches transdérmicos (nitroglicerina, nicotina)
SI	NO	Bombas de infusión dentro del cuerpo (insulina, baclofeno, quimioterapia, medicamentos para el dolor)
SI	NO	Tatuaje o maquillaje permanente
SI	NO	Dentaduras removibles, dientes postizos, u otros
SI	NO	Es usted asmático
SI	NO	Es usted alérgico a algún medicamento
SI	NO	Tiene usted o ha tenido algún problema renal
SI	NO	Esta Ud. Embarazada
SI	NO	Es usted diabético

Medicación habitual:

Observaciones:





PERU
Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión
de Servicios de Salud

Instituto Nacional de
Ciencias Neurológicas



DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y APOYO AL
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RESONANCIA MAGNÉTICA*

Fecha: / /

Apellidos y Nombres :

H.C :

Fecha de nacimiento : / /

Sexo: Femenino () Masculino ()

Edad:

DNI:

DECLARACION DEL CONSENTIMIENTO:

• El paciente declara:

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida, comprendo el alcance y los riesgos del procedimiento.

Firma del paciente
familiar o representante

DNI

____ / ____ / ____
Fecha

• El Cuestionario de seguridad ha sido completado por:

Paciente ☐

Familiar o responsable ☐

Nombres y apellidos:

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

• El paciente declara:

Revoco el consentimiento prestado en fecha: de del 20..... Y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

Firma del paciente
familiar o representante

DNI

____ / ____ / ____
Fecha

Paciente ☐

Familiar o responsable ☐

Nombres y apellidos:

REVISION DEL CUESTIONARIO

• Observaciones:

.....
.....

• El cuestionario de seguridad ha sido revisado por:

Nombres y apellidos:

Cargo:

Colegio profesional N°

El examen ha sido realizado por:

Nombres y apellidos:

Cargo:

Colegio profesional N°

Firma

Fecha

Firma

____ / ____ / ____
Fecha



CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE QUELATO DE GADOLINIO POR VÍA ENDOVENOSA PARA LA REALIZACIÓN DE EXAMEN POR RESONANCIA MAGNÉTICA*

Fecha: / /	Apellidos y Nombres:	H.C.:
Fecha de nacimiento: / /	Creatinina:	Edad:
	Peso:	DNI:

INFORMACION SOBRE EL GADOLINIO:

• ¿QUÉ ES EL GADOLINIO?

El Gadolinio es un Ion paramagnético tóxico por sí solo, el cual pierde su toxicidad al ser unido con quelantes. El compuesto quelado al ser administrado por vía endovenosa tiene una excreción renal rápida siendo completamente depurado en horas y su uso se basan en que permite la alteración focal del campo magnético que acorta los tiempos de relajación de los tejidos, razón por la cual ha sido el medio de contraste en resonancia magnética de mayor preferencia durante los últimos años.

• ¿POR QUÉ ES NECESARIO EL USO DE GADOLINIO?

La exploración de RM requiere detectar y mostrar anomalías sutiles y esto se obtiene a través de la utilización de un medio de contraste (Gadolinio) que se inyectará en una vena previamente canalizada.

• ¿CUÁLES SON LOS EVENTOS ADVERSOS Y EFECTOS SECUNDARIOS?

Los efectos secundarios al uso del Quelato de Gadolinio son de rara ocurrencia, pero como cualquier otro medicamento no está exento de los mismos. De existir suelen ser leves y de naturaleza transitoria, sin embargo los reportados en alguna literatura médica actual son los siguientes:

- **RARAS:** Náuseas, vómitos, rubor, urticaria, tos, cefalea, calor.
- **MUY RARAS:** Escalofríos, sensación de ahogo, descenso de la presión arterial, edema facial
- **EXTREMADAMENTE RARAS:** Angioedema, urticaria, broncoespasmo, hipotensión, arritmias

En raras ocasiones puede producirse un hematoma en la zona de introducción de la aguja, sin mayor relevancia clínica.



ADVERTENCIA: El medio de contraste para Resonancia Magnética (Gadolinio) está contraindicado en pacientes con insuficiencia renal o Síndrome – hepatorenal. Si usted, tiene más de 60 años, alguna enfermedad renal, diabetes mellitus o hipertensión arterial, es necesario entregar su dosaje de creatinina en sangre. Si Usted, tiene alguna duda puede consultar a nuestro personal del Servicio de Resonancia Magnética.

DECLARACION DEL CONSENTIMIENTO

• El paciente declara:

Que he sido informado acerca de los riesgos del uso del medio de contraste (Gadolinio) y he comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida, comprendo el alcance y los riesgos del procedimiento.

Firma del paciente
familiar o representante

DNI

Fecha

Paciente ☐

Familiar o responsable ☐

Nombres y apellidos:

• El consentimiento informado ha sido revisado por:

Nombres y apellidos:

Cargo:

Colegio Profesional N°



I. TAGLE L.

Firma

Fecha

SOLICITUD DE EXAMENES DE RESONANCIA MAGNETICA

Fecha: / /	Apellidos y Nombres:	H.C.:
Fecha de nacimiento: / /	Sexo: Femenino () Masculino ()	Edad:
		DNI:

ESTUDIOS DE ENCÉFALO:

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Encéfalo (Protocolo base) | ☐ Estudio Funcional ¹ (fMRI): Área _____ | ☐ Angio 4D Track ² (Dinámico) |
| ☐ Difusión (DWI) | ☐ Tractografía (DTI): Vía _____ | ☐ Contraste ³ (GD) |
| ☐ Perfusión (PWI) | ☐ Cuantificación de LCR (Aquaducto de Silvio) | ☐ Sedación ⁴ |
| ☐ Espectrosocopia (MRS) | ☐ Angioresonancia TOF (ARM arterial) | ☐ Otros: _____ |
| ☐ VenBold (Susceptibilidad magnética) | ☐ Angioresonancia PC (ARM venosa) | |

ESTUDIOS DE CRÁNEO Y CUELLO:

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Nervios craneales: _____ | ☐ Cuello (Diseción arterial) ² | ☐ Contraste ³ |
| ☐ Selar y paraselar ² | ☐ Nervios ópticos ² | ☐ Sedación ⁴ |
| ☐ Macizo facial | ☐ Angio carótidas y vertebrales ² | ☐ Otros: _____ |

ESTUDIO DE COLUMNA VERTEBRAL Y MÉDULA ESPINAL:

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Cervical | ☐ Panorámica (Sólo TSE T2 Sagital) | ☐ Plexo Braquial |
| ☐ Dorsal | ☐ Contraste ³ | ☐ Plexo Lumbar |
| ☐ Lumbo-Sacra | ☐ Sedación ⁴ | ☐ Otros: _____ |

EMERGENCIA

- | | |
|---|---|
| ☐ Neurovascular cerebral ²
(Protocolo Fast + DWI + PWI + ARM) | Síndrome vertebral o medular agudo
(Protocolo Fast + DWI) |
| ☐ Cervical | ☐ Dorsal |
| ☐ Lumbo-Sacra | ☐ Contraste |

PROTOCOLO DE ESTUDIO DEL SNC Y SNP

- | | |
|---|--|
| ☐ Evaluación de lesiones expansivas del SNC
(Protocolo base + DWI + PWI + MRS + GD) | ☐ Evaluación de deterioro cognitivo y demencias
(Protocolo base modificado + DWI + MRS + ARM TOF) |
| ☐ Evaluación de ACV Isquémico
(Protocolo base + DWI + PWI + ARM TOF + GD) | ☐ Evaluación de MAV/Trombosis |
| ☐ Evaluación de disección arterial
(Cuello + ARM Carótidas + GD) | ☐ Sin Contraste
(Protocolo base + ARM TOF + PCA 3D) |
| ☐ Evaluación de epilepsia
(Protocolo base modificado + GD) | ☐ Contraste
(Protocolo base + ARM TOF + Angio 4D Trak) |
| ☐ Evaluación en neuropediatría (< 2 años)
(Protocolo base modificado + GD) | ☐ Evaluación de Enf. Desmielinizantes
(Protocolo base modificado + GD) |
| ☐ Evaluación Pre-quirúrgica
(fMRI + DTI) | ☐ Encéfalo |
| ☐ Evaluación de Enfermedades metabólicas y neurodegenerativas
(Protocolo base + VenBold + DWI + MRS) | ☐ Cervical |
| | ☐ Dorsal |
| | ☐ Lumbar |
| | ☐ Panorámica (Sólo TSE T2 Sagital) |
| | ☐ Neurografía (SNP) |
| | ☐ Plexo Braquial |
| | ☐ Plexo Lumbar |
| | ☐ Protocolo de investigación: |

1. Evaluación previa por Neuropsicología
 2. Para su realización es necesario el uso de contraste (gadolinio)
 3. Para el uso de Gadolinio en pacientes > 60 años y/o en pacientes con alteración de la función renal, consultar el valor de creatinina sérica
 4. Para el procedimiento de sedación es necesario por lo menos 6 horas de ayuno.





SOLICITUD DE EXAMENES DE RESONANCIA MAGNETICA

HISTORIA CLINICA*:

[illegible]**EXAMEN CLINICO CONTRIBUTORIO*:**[illegible]**DIAGNOSTICO PRESUNTIVO*:**

INSTITUTION

**SELLO Y FIRMA**



PERU Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas



DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y APOYO AL DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMOGRAFIA ESPIRAL MULTICORTE*

Fecha: / /	Apellidos y Nombres:	H.C:
Fecha de nacimiento: / /	Sexo: Femenino () Masculino ()	Edad:
DNI:		

Dirección: Avda./Calle:	Urbanización:	Distrito:
Teléfono:	Peso: Kg	Talla: m

Motivo de la exploración:
Funciones vitales: FC: FR: PA: Sat O ₂ %: Glasgow:

El paciente o su representante legal debe completar el siguiente cuestionario:

 **¿Qué le vamos a hacer?**
Usted va a realizarse una prueba de tomografía espiral multicorte a petición de su médico. La tomografía es una técnica de imagen que utiliza radiaciones ionizantes (Rayos X) de manera controlada. Los Rayos X pueden penetrar el cuerpo, lo que permite producir imágenes de las estructuras internas. El procedimiento dura pocos minutos dependiendo del órgano a estudiar, pero la preparación puede ser prolongada cuando requiera tomar líquidos y contraste por vía oral, según el examen a realizar.

¿Qué riesgos tiene?
Las precauciones a tomar son las derivadas de la acción de los rayos X, es necesario cumplir las normas de seguridad que le indicará el personal del servicio. En caso se encuentra embarazada o existe la posibilidad de gestación o tenga antecedentes de alergias, insuficiencia renal u otras enfermedades, deberá informarlo al personal del servicio.

ADVERTENCIA:
EN CASO SE ENCUENTRA EMBARAZADA O EXISTE LA POSIBILIDAD DE GESTACIÓN COMUNICARLO INMEDIATAMENTE

DECLARACION DEL CONSENTIMIENTO:

El paciente declara:
He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida, comprendo el alcance y los riesgos del procedimiento.

Firma del paciente, familiar o representante

DNI

_____/_____/_____
Fecha

El consentimiento informado ha sido completado por:

Paciente ☐ Familiar o responsable ☐ Nombres y apellidos: _____

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

El paciente declara:
Revoco el consentimiento prestado en fecha: _____ de _____ del 20_____. Y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

Firma del paciente, familiar o representante

DNI

_____/_____/_____
Fecha

Paciente ☐ Familiar o responsable ☐ Nombres y apellidos: _____

REVISION DEL CUESTIONARIO

Observaciones: _____

El cuestionario de seguridad ha sido revisado por:
Nombres y apellidos: _____
Cargo: _____
Colegio Profesional N°: _____

El examen ha sido realizado por:
Nombres y apellidos: _____
Cargo: _____
Colegio Profesional N°: _____

I. YAGLE L. _____
Firma

_____/_____/_____
Fecha

P. MAZZETTI S _____
Firma

_____/_____/_____
Fecha

* Radiologyinfo.org. American College of Radiology, Radiological Society of North America.

CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL CONTRASTE YODADO HIDROSOLUBLE POR VÍA ENDOVENOSA PARA LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES POR TOMOGRAFÍA*

Fecha: / /	Apellidos y Nombres :	H.C :
Fecha de nacimiento : / /	Creatinina:	Edad:
	Peso:	DNI:

INFORMACIÓN SOBRE EL CONTRASTE YODADO HIDROSOLUBLE:

- ¿QUÉ ES EL CONTRASTE YODADO HIDROSOLUBLE?

El medio de contraste yodado es una sustancia líquida, que puede ser administrado por vía oral o endovenosa. Son usados para mejorar las imágenes del interior del cuerpo producidas por los equipos de rayos X y de tomografía axial computarizada.

- ¿POR QUÉ ES NECESARIO EL USO DEL CONTRASTE YODADO HIDROSOLUBLE?

A veces, los materiales de contraste permiten al radiólogo distinguir las condiciones normales de las anormales.

- ¿QUÉ EXPERIMENTARÉ ANTES Y DESPUÉS DE LA INYECCIÓN DEL CONTRASTE?

Cuando un material de contraste yodado es inyectado en la sangre, usted podría tener una sensación de calor súbito y un sabor metálico en su boca que dura unos pocos minutos. La aguja podría causarle un poco de incomodidad cuando es insertada. Una vez removida, usted podría experimentar algunos moretones. Es muy buena idea incrementar su ingesta de líquidos luego de un examen por imágenes que involucra un material de contraste yodado, para que pueda excretar el material de contraste por los riñones.

- ¿CUÁLES SON LOS EVENTOS ADVERSOS Y EFECTOS SECUNDARIOS?

Los efectos secundarios son de rara ocurrencia, pero como cualquier otro medicamento no está exento de los mismos. De existir suelen ser leves y de naturaleza transitoria, sin embargo los reportados en la literatura médica actual son los siguientes:

- RARAS:** Nauseas, vómitos, rubor, urticaria, tos, cefalea, calor.
- MUY RARAS:** Escalofríos, sensación de ahogo, descenso de la presión arterial, edema facial.
- EXTREMADAMENTE RARAS:** Angioedema, broncoespasmo, hipotensión, arritmias, paro cardiorespiratorio.



ADVERTENCIA: El medio de contraste para Tomografía computarizada (contraste yodado) está contraindicado en pacientes con insuficiencia renal o Síndrome – hepatorenal. Si usted, tiene más de 60 años, alguna enfermedad renal, diabetes mellitus o hipertensión arterial, es necesario entregar su dosaje de creatinina en sangre. Si Usted, tiene alguna duda puede consultar a nuestro personal del Servicio de Tomografía.

Por favor de indicar si tiene o ha tenido:

SI	NO	Esta Ud. embarazada o hay la posibilidad de gestación	SI	NO	Hipertiroidismo
SI	NO	Alergia a alimentos	SI	NO	Asma bronquial
SI	NO	Alergia a medicamentos	SI	NO	Insuficiencia renal
SI	NO	Reacción adversa al contraste yodado	Medicación habitual: Observaciones:		
SI	NO	Diabetes mellitus			

DECLARACION DEL CONSENTIMIENTO

- El paciente declara:

Que he sido informado acerca de los beneficios y riesgos del uso del medio de contraste yodado hidrosoluble y he comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo. También puedo en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida, comprendo el alcance y los riesgos del procedimiento.

Firma

DNI

Fecha

Paciente ☐

Familiar o responsable ☐

Nombres y apellidos:

- El consentimiento informado ha sido revisado por:

Nombres y apellidos:

Cargo:

Colegio Profesional N°



Firma

Fecha

