

# Patient Contrast Consent (*Paciente consentimiento de contraste*)

Patient Name (*Nombre del paciente*): \_\_\_\_\_ Date of Birth (*fecha de nacimiento*): \_\_\_\_\_  
Referring Physician (*refiriéndose médico*): \_\_\_\_\_ Exam (*examen*): \_\_\_\_\_

## Information Concerning CT Contrast (*Información sobre contraste CT*)

This is an intravenous injection containing iodine that may help the physician more accurately diagnose your condition. We use non-ionic contrast, which has been proven to be more tolerable for the patients than the previously used ionic ones. Some side effects such as nausea, vomiting, or change in blood pressure may occur. Mild reactions such as itchiness, hives, skin rash or other severe reactions may occur, but are less common with the non-ionic contrast material.

*Se trata de una inyección intravenosa que contiene yodo que puede diagnosticar el médico más precisa su condición. Usamos contraste no iónico, que ha demostrado para ser más tolerable para los pacientes que los iónicos utilizados anteriormente. Pueden producirse algunos efectos secundarios como náuseas, vómitos o cambios en la presión arterial. Reacciones leves como picazón, urticaria, piel salpullido o otras reacciones severas pueden ocurrir, pero son menos comunes con el material de contraste no iónicos.*

## Information Concerning MRI (Gadolinium) Contrast (*Información sobre contraste MRI (gadolinio)*)

This is an intravenous injection using the chemical element Gadolinium that may help the physician more accurately diagnose your condition. Although gadolinium contrast agents have been used safely in millions of cases, minor reactions (principally headache or nausea) occur in about 2% of patients, whereas serious or life threatening reactions have been reported in about 1 in 400,000 patients.

*Se trata de una inyección intravenosa utilizando el elemento químico gadolinio que puede diagnosticar el médico más precisa su condición. Aunque agentes de contraste de gadolinio se han utilizado de forma segura en millones de casos, reacciones secundarias (principalmente dolor de cabeza o náuseas) ocurren en aproximadamente el 2% de los pacientes, mientras que grave o la vida se han reportado reacciones amenazantes en 1 en 400.000 pacientes.*

## Information Concerning MRI/CT Arthrogram Contrast (*Información sobre MRI/CT Arthrogram contraste*)

This is an injection under the supervision of a Radiologist directly into the joint of concern using the contrast agents Gadolinium and Iodine may help the physician more accurately diagnose your condition. Although Arthrograms are a safe procedure, potential side effects are possible and mild allergic reactions. Although very rare, serious allergic reactions to the contrast are possible. The procedure is performed under sterile conditions and with fluoroscopic guidance to best avoid any complications.

*Se trata de una inyección bajo la supervisión de un radiólogo directamente en la articulación de preocupación con los agentes de contraste gadolinio y yodo puede diagnosticar el médico más con precisión su condición. Aunque Arthrograms son un procedimiento seguro, posibles efectos secundarios son leves y posibles reacciones alérgicas. Aunque es muy raro, reacciones alérgicas graves al contraste son posibles. El procedimiento se realiza en condiciones estériles y con orientación fluoroscópica mejor evitar cualquier complicación.*

## Information Concerning CT Myelogram Contrast (*Información sobre CT Myelogram contraste*)

This is an injection under the supervision of a Radiologist, directly into the spinal canal using an intra-thecal non-ionic contrast agent that may help the physician more accurately diagnose your condition. Although CT Myelograms are a safe procedure there can be the potential side effects such as headache, nausea, dizziness, and extremity pain. If headaches occur and do not subside a follow up procedure may be needed. Less common side effects are infection, bleeding, seizure, meningitis, paralysis or an allergic reaction to the contrast is possible. The procedure is performed under sterile conditions with fluoroscopic guidance to best avoid any complications. Most patients recover within 24 hours from any mild side effects. It is necessary to refrain from any strenuous activity for at least 2 days after the exam. To prevent any side effects such as headaches, patients are also requested to lie flat in bed for at least 2 days after the exam and drink plenty of liquids.

*Se trata de una inyección bajo la supervisión de un radiólogo, directamente en el canal espinal utilizando a un agente de contraste no iónicos intra tecales que puede diagnosticar el médico más precisa su condición. Aunque CT Myelograms son un procedimiento seguro allí puede ser los posibles efectos secundarios tales como dolor de cabeza, náuseas, mareos y extremidad. Si los dolores de cabeza ocurren y no calmarse puede ser necesario un procedimiento de seguimiento. Efectos secundarios menos comunes son infecciones, hemorragias, incautación, meningitis, parálisis o una reacción alérgica al contraste es posible. El procedimiento se realiza en condiciones estériles con guía fluoroscópica mejor evitar cualquier complicación. La mayoría de los pacientes se recupera dentro de 24 horas desde cualquier efectos secundarios leves. Es necesario abstenerse de cualquier actividad vigorosa por lo menos 2 días después del examen. Para evitar efectos secundarios como dolores de cabeza, los pacientes son también pidió mentir piso en cama por lo menos 2 días después del examen y beba muchos líquidos.*

Please check all of the following that apply (*Compruebe todas las características siguientes que se aplican*):

- |  |                             |  |  |                             |   |
|--|-----------------------------|--|--|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Yes ( <i>Si</i> ) | <input type="checkbox"/> No | Diabetes ( <i>diabetes</i> )   | <input type="checkbox"/> Yes ( <i>Si</i> ) | <input type="checkbox"/> No | History of Heart Disease or Hypertension ( <i>Antecedentes de enfermedades cardíacas o hipertension</i> ) |
| <input type="checkbox"/> Yes ( <i>Si</i> ) | <input type="checkbox"/> No | Take Glucophage/Metformin/Glucoavance ( <i>Tomar Glucophage, metformina y presenta</i> ) | <input type="checkbox"/> Yes ( <i>Si</i> ) | <input type="checkbox"/> No | Previous allergic reaction to CT contrast ( <i>Anterior reacción alérgica al contraste de CT</i> )        |
| <input type="checkbox"/> Yes ( <i>Si</i> ) | <input type="checkbox"/> No | History of Kidney Disease ( <i>Historia de enfermedad renal</i> )                        | <input type="checkbox"/> Yes ( <i>Si</i> ) | <input type="checkbox"/> No | Previous allergic reaction to MRI contrast ( <i>Anterior reacción alérgica al contraste MRI</i> )         |
| <input type="checkbox"/> Yes ( <i>Si</i> ) | <input type="checkbox"/> No | History of Asthma or Emphysema ( <i>Historia de asma o enfisema</i> )                    | <input type="checkbox"/> Yes ( <i>Si</i> ) | <input type="checkbox"/> No | Iodine Allergy ( <i>yodo masculine alergia femenino</i> )   |

I have read the above statement regarding contrast and give consent for the use of contrast during my procedure. All of my questions regarding contrast, potential side effects and potential reactions have been answered to my satisfaction.

I attest that the answers I have provided to the questions on the form are correct to the best of my knowledge. I have read and understand the entire contents of this form and have had the opportunity to ask questions regarding the information on this form.

*He leído la sentencia anterior en cuanto a contraste y dar su consentimiento para el uso de contraste durante mi procedimiento. Todas mis preguntas acerca de contraste, posibles efectos secundarios y posibles reacciones han respondido a mi satisfacción.*

*Atestiguan que las respuestas que he facilitado a las preguntas del formulario son correctas a lo mejor de mi conocimiento. He leído y entendido todo el contenido de este formulario y han tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de la información en este formulario.*

Patient Signature (*sustantivo firma femenino*): \_\_\_\_\_

Date

(*fecha*): \_\_\_\_\_

STAFF USE ONLY: Contrast Type: \_\_\_\_\_ Amount ml/cc: \_\_\_\_\_