



ESPACIO RESERVADO PARA ETIQUETA IDENTIFICATIVA

## RESONANCIA MAGNÉTICA (RM)

### ¿QUÉ ES LA RESONANCIA MAGNÉTICA?

La RESONANCIA MAGNÉTICA es una técnica de diagnóstico por imagen que no utiliza rayos x, ni otro elemento radiactivo y no produce efectos nocivos. No se conoce efecto nocivo alguno de la Resonancia sobre el feto. A pesar de ello, no se recomienda su realización a pacientes embarazadas durante el primer trimestre, salvo que sea realmente necesario.

### PREPARACION PARA LA RESONANCIA

Cuando le llamen para realizar la exploración le pasarán a un vestidor donde se quitará toda la ropa salvo la interior (el sujetador hay que quitárselo) y le facilitarán una bata.

La RESONANCIA MAGNÉTICA trabaja con un campo magnético y, por ello:

- NO PUEDEN ENTRAR las personas portadoras de MARCAPASOS cardiaco, salvo casos excepcionales.
- Deberá desprenderse de todos los objetos metálicos que tenga: reloj, gafas, dinero, horquillas, collares, pendientes, sortijas, mechero, llaves, teléfono móvil, tarjetas de crédito, etc.
- En exploraciones craneales deberá desmaquillarse los ojos.
- Deberá informar al personal de la posible existencia de VIRUTAS METÁLICAS en el cuerpo y, especialmente, en los ojos, así como en el caso de ser portador de ELEMENTOS METÁLICOS de cualquier clase dentro del cuerpo (metralla, clips quirúrgicos, prótesis, etc.)

### ¿CÓMO SE HACE EL ESTUDIO DE RESONANCIA MAGNÉTICA? ¿EN QUÉ CONSISTE?

Cuando entre dentro de la sala de Resonancia, y una vez tumbada/o, debe estar segura/o de que se encuentra en una posición cómoda, pues tiene que permanecer quieta/o, SIN MOVERSE, todo el tiempo que dure la exploración.

Durante la realización del estudio puede respirar normalmente a no ser que le indiquen lo contrario.

En caso necesario para conseguir mejorar el resultado de la prueba, se le inyectará en vena un contraste líquido. Es raro que se produzcan reacciones alérgicas, pero en caso de que usted notara calor local o sofocos debe comunicarlo al personal.

La sala de Resonancia debe mantenerse cerrada pero, a lo largo de toda la exploración, estará controlada/o VISUALMENTE y podrá HABLAR con el personal sanitario durante la exploración.

Durante la realización de la exploración, oirá un ruido rítmico, como un golpeteo, que es NORMAL en esta técnica. La frecuencia e intensidad de este ruido son variables y será la única incomodidad que experimentará.

El personal le explicará paso a paso en que consiste el procedimiento y podrá consultar las dudas antes y después de la exploración.

Si por cualquier causa no pudiese acudir, avise, por favor, al centro llamando al 944830090, y de esa manera, otra persona podrá ocupar su lugar.



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE RESONANCIA MAGNÉTICA (RM)

### A. PROPUESTAS MÉDICAS Y ALTERNATIVAS:

- La Resonancia Magnética consiste en la obtención de imágenes introduciendo el cuerpo dentro de un imán y aplicando ondas de radiofrecuencia mediante unas antenas que se colocan en el área a estudiar. Durante la prueba escuchará un ruido rítmico similar a un golpeteo que es normal en esta técnica.
- Puede experimentar un leve incremento de la temperatura corporal.
- En caso necesario, para conseguir mejorar las imágenes, se le inyectará en la vena un contraste líquido.

### ALTERNATIVAS:

- En los casos de en los que se necesite detectar posibles lesiones con calcio, esta exploración podría ser sustituida por una Tomografía Computarizada.
- En pacientes claustrofóbicos o con objetos metálicos que no se pueden introducir dentro del imán:
  - Los estudios de cráneo, columna y musculoesquelético pueden ser sustituidos por la Tomografía Computarizada.
  - Los estudios del cuerpo pueden ser sustituidos por la Ecografía o la Tomografía Computarizada.
  - Los estudios de los vasos (arterias y venas) pueden ser sustituidos por una Ecografía, Tomografía Computarizada o Arteriografía Digital.

### VENTAJAS E INCONVENIENTES:

#### VENTAJAS:

- No utiliza radiación ionizante.
- Permite el estudio de los vasos (arterias y venas) de una forma no invasiva, sin necesidad de introducir catéteres dentro de los mismos.

#### INCONVENIENTES:

- La Resonancia Magnética no detecta adecuadamente las lesiones con calcio.
- Los estudios son largos y puede resultar difícil mantenerse quieto durante la exploración.

### B. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

- La Resonancia Magnética al disponer de un imán muy potente puede provocar el calentamiento y desplazamiento de los objetos metálicos que estén colocados dentro del cuerpo, tales como implantes cocleares, marcapasos, clips,... Por ello, es necesario advertir al personal de la presencia de este tipo de objetos para que valoren si se puede realizar la exploración.
- Uno de los problemas que, con más frecuencia, se plantea en algunos pacientes a los que se va a realizar un estudio de Resonancia Magnética es la claustrofobia; al ser un tubo cilíndrico en ocasiones puede provocar sensación de cierre pero recuerde, está abierto en los extremos, tiene luz, aire acondicionado y puede hablar, en todo momento, con el personal que le realice la exploración.
- El contraste que se emplea en los estudios de Resonancia Magnética es el gadolinio. Las reacciones alérgicas debidas al contraste son poco frecuentes, leves y fácilmente controlables con medicación. Ha sido descrita la fibrosis nefrogénica sistémica como una complicación rara tras la inyección de alguno de los contrastes de gadolinio utilizados (no todos) en el caso de pacientes con problemas en su función renal. En caso de embarazo, aunque no se conocen reacciones adversas, no se recomienda realizar esta prueba durante el primer trimestre.
- En ocasiones, puede notarse una sensación de sofoco y nauseas que desaparecen al terminar la inyección.
- La mayor parte de los expertos y sociedades científicas de radiología están de acuerdo en que, tras una exploración de RM con gadolinio, no es preciso esperar ningún tiempo para continuar con la lactancia.
- En los estudios en los que se precise utilizar una antena endorrectal, pueden producirse lesiones locales (irritación, erosión, sangrado,...).



## CUESTIONARIO DE SEGURIDAD EN RESONANCIA MAGNÉTICA (RM)

Señalar con una "x" la respuesta correcta:

1. ¿Se ha realizado con anterioridad algún estudio de RESONANCIA MAGNÉTICA?

SI  NO

¿Dónde y cuándo? \_\_\_\_\_

2. ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente alguna vez?

SI  NO

¿De qué y cuándo? \_\_\_\_\_

3. ¿Tiene implantes metálicos, cuerpos extraños u objetos metálicos dentro del cuerpo o en la piel?

SI  NO

En caso AFIRMATIVO, especificar de qué tipo marcando con una "x" donde proceda:

MARCAPASOS

BOMBAS DE INSULINA

SUTURAS METÁLICAS

DIU

CLIPS METÁLICOS

SHUNT VENTRICULAR

CLIPS ANEURISMATICOS

FILTROS DE CAVA (o de VASOS SANGUINEOS)

IMPLANTES OCULARES

CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR

VÁLVULA CARDIACA

IMPLANTES DE OIDO

SONOTONES

CATETER SWANGANZ

METRALLA

PROTESIS ARTICULARES (caderas, etc.)

CLAVOS

ALFILERES -AGUJAS

TATUAJES - PIERCING

PARCHE CUTANEO

BOMBAS DE INFUSIÓN

PROTESIS DENTALES (dentaduras postizas, puentes, implantes,...)

PROTESIS VASCULARES

OTROS: \_\_\_\_\_

4. ¿Se ha realizado estudio con CÁPSULA ENDOSCÓPICA DE INTESTINO recientemente?

SI  NO

En tal caso, ¿la ha expulsado? SI  NO

5. ¿Ha trabajado o trabaja con metales?

SI  NO

6. En caso de ser mujer, ¿Está usted embarazada o puede estarlo?

SI  NO

7. ¿Es alérgica/o a algún medicamento?

SI  NO

En caso afirmativo, indique cual: \_\_\_\_\_

8. ¿Le han puesto contraste venoso alguna vez?

SI  NO

9. ¿Ha presentado alguna reacción alérgica al contraste?

SI  NO

En caso afirmativo, indique cual: \_\_\_\_\_

**EN CONSECUENCIA, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE ME REALICE EL PROCEDIMIENTO:**

SI	NO
----	----

Doy consentimiento a la realización de la RM.

SI	NO
----	----

Doy consentimiento a la administración de contraste intravenoso, en caso de ser necesario.



**INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS**

En cumplimiento de la normativa vigente en materia de protección de datos personales, se le facilita la siguiente información básica sobre el tratamiento de los datos personales que proporcione en cualquier momento a **CENTRO DE DIAGNÓSTICO SAN JUAN DE DIOS, S. A.**

<b>Responsable</b>	<b>CENTRO DE DIAGNÓSTICO SAN JUAN DE DIOS, S. A.</b> con CIF N° A95302592 (" <b>La Sociedad</b> ").
<b>Finalidades del tratamiento</b>	Principales: prestar, gestionar, facturar el servicio médico y cumplir con las obligaciones legales (especialmente en materia de historia clínica y derechos del paciente). Secundarias: mantenerle informado sobre productos y servicios de La Sociedad y mejorar la calidad del servicio, participación en ensayos clínicos, el análisis en comisiones médicas, publicaciones médicas.
<b>Bases jurídicas del tratamiento</b>	La ejecución de la relación contractual, el cumplimiento de obligaciones legales, el interés legítimo y, cuando sea necesario, el consentimiento.
<b>Destinatarios de sus datos</b>	Los principales destinatarios serán los prestadores de servicios médicos o proveedores de servicios sanitarios, encargados del tratamiento y, en su caso, compañías aseguradoras.
<b>Acceso a datos de terceros</b>	En ocasiones es posible que la Sociedad necesite acceder a sus datos recabados por terceros, incluidos datos de salud generados durante la prestación de servicios sanitarios, necesarios para prestarle adecuadamente el servicio médico o gestionar la facturación del mismo.
<b>Plazo de conservación de sus datos</b>	Durante los plazos que imponga la ley o durante los cuales puedan derivarse responsabilidades para la Sociedad, así como durante la vigencia de la relación contractual (si es que el servicio se presta bajo un contrato)
<b>Derechos</b>	Puede ejercer sus derechos legales, entre otros, acceder, rectificar, suprimir, limitar, portar, oponerse al tratamiento de sus datos de manera gratuita contactando con la Sociedad presencialmente o por correo ordinario en la dirección Santurtzi (Bizkaia), Avenida Cristóbal Murrieta nº 70 (CP 48980) o por email en <a href="mailto:dpd@gruposcanner.biz">dpd@gruposcanner.biz</a> adjuntando en ambos casos copia legible de su DNI u otro documento que acredite oficialmente su identidad. También puede ponerse en contacto con el Delegado de Protección de Datos de la Sociedad ( <a href="mailto:dpd@gruposcanner.biz">dpd@gruposcanner.biz</a> ) o presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos ( <a href="http://www.aepd.es">www.aepd.es</a> ).
<b>Información adicional</b>	Puede consultar la información completa y detallada sobre nuestra política de Protección de Datos en la información expuesta al público en nuestras oficinas de la que podrá solicitar una copia manejable para llevarse, así como en la Cláusula de información detallada que se facilita a continuación del presente cuadro.

**FIRMO ESTE DOCUMENTO DESPUÉS DE HABERLO LEIDO Y HABER TENIDO LA OPORTUNIDAD DE PREGUNTAR Y ACLARAR MIS DUDAS. POR TANTO, DESPUES DE HABER ENTENDIDO LO QUE SE ME VA A HACER, LOS RESULTADOS ESPERADOS Y LOS RIESGOS QUE DE TODO ELLO PUEDAN DERIVARSE:**

**El/La Paciente / Representante: en caso de incapacidad del/de la paciente o menor de edad:**

*Nombre, apellidos y DNI del/de la paciente / Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal:* .....

.....

*Firma y Fecha:*

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**DESISTIMIENTO del/de la paciente o representante legal:**

**Comprendo el alcance y los riesgos de NO SOMETERME al procedimiento indicado. Y, en tales condiciones, ejerzo mi derecho de desistimiento.**

*Nombre, apellidos y DNI del/de la paciente / Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal:* .....

.....

*Firma y fecha:*

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>



**CLÁUSULA DE INFORMACIÓN DETALLADA EN MATERIA DE PROTECCIÓN DE DATOS**

En aras a dar cumplimiento al **Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016** (en adelante, RGPD), y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales (LOPDGDD), y siguiendo las Recomendaciones emitidas por la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD),

**SE INFORMA:**

- Los datos de carácter personal (identificativos, facturación y datos de salud para realizar el tratamiento solicitado) facilitados voluntariamente por usted, son incorporados a soportes -automatizados o no- de titularidad privada cuyo Responsable del Tratamiento es **CENTRO DE DIAGNÓSTICO SAN JUAN DE DIOS, S. A.**, con CIF Nº A95302592 y domicilio social en Avenida Cristóbal Murrieta nº 70, 48980 Santurtzi. La base jurídica que legitima y justifica el tratamiento de sus datos personales, es la ejecución de la relación o vínculo contractual en el que usted es parte, la prestación del servicio asistencial, el interés legítimo del Responsable del Tratamiento o de un tercero, y en su caso, el consentimiento prestado por usted.
- Solamente serán solicitados aquellos datos estrictamente necesarios para prestar adecuadamente el servicio sanitario, pudiendo ser necesario recoger datos de contacto de terceros, tales como representantes legales, tutores, o personas a cargo designadas por los mismos. Como profesionales de la sanidad, garantizamos que todos los datos recogidos cuentan con el compromiso de confidencialidad y deber de secreto, y cumplen con las medidas de seguridad establecidas legalmente.
- Una vez finalizada la relación entre la entidad y el paciente, los datos serán archivados y conservados durante un periodo de tiempo mínimo de cinco años desde el último proceso asistencial, tras lo cual, los datos podrán ser conservados a los efectos de dar cumplimiento a la obligación de bloqueo prevista en el art. 32 LOPDGDD, con la estricta finalidad de depurar responsabilidades derivadas del tratamiento, siempre atendiendo al principio de mínima conservación de datos y procediendo a su eliminación una vez finalizados los pertinentes plazos de prescripción.
- Los datos facilitados serán incluidos en el Registro de Tratamientos de la entidad, y en concreto, en los tratamientos denominados *Historia Clínica/Pacientes, Clientes*, y en su caso, *Imágenes/Informes*, de **CENTRO DE DIAGNÓSTICO SAN JUAN DE DIOS, S. A.**, con la finalidad de gestionar el tratamiento médico, realizar pruebas diagnósticas, tramitar gestiones relacionadas con el paciente, emitir facturas para el cobro del servicio, o remitirle información sobre el desarrollo del proceso asistencial.
- De igual modo, se le informa de que **CENTRO DE DIAGNÓSTICO SAN JUAN DE DIOS, S. A.**, mantiene y aloja las historias clínicas de los pacientes que acuden a las instalaciones (hospitalarias y de consultas externas) de los centros hospitalarios privados o dependientes del Servicio Público Vasco de Salud (Osakidetza), en los que **CENTRO DE DIAGNÓSTICO SAN JUAN DE DIOS, S. A.**, presta sus servicios, en aplicaciones informáticas de gestión de historias clínicas radiológicas (HIS). El uso de dichas aplicaciones, permite la integración de la Historia Clínica generada en **CENTRO DE DIAGNÓSTICO SAN JUAN DE DIOS, S. A.**, con el resto de documentación clínica del paciente, de tal modo que, en caso de que usted acuda a los centros hospitalarios o consultorios citados con anterioridad, los profesionales sanitarios que le presten un servicio en dichos centros, podrán acceder a las pruebas e informes clínicos emitidos por **CENTRO DE DIAGNÓSTICO SAN JUAN DE DIOS, S. A.** que se hayan integrado a través del sistema HIS, a los únicos efectos de prestarle la asistencia sanitaria solicitada o determinar el tratamiento médico aplicable. Por otro lado, en caso de que usted solicite la cobertura del servicio por parte de una mutua colaboradora o compañía de seguros, se le informa de que se podrán comunicar a dichas entidades, los datos e información personal que resulten imprescindibles para la facturación del servicio. En el supuesto de que las citadas mutuas o aseguradoras utilicen aplicaciones informáticas o sistemas similares al HIS, el acceso a su información personal se limitará a los datos personales que sean estrictamente necesarios para proceder al cobro del servicio.
- De otra parte, sus datos de carácter personal -incluidos sus datos de salud, o aquéllos derivados de las técnicas de diagnóstico por imagen-, podrán ser objeto de comunicación al resto de entidades que conforman **GRUPO SCANNER VIZCAYA** (Clínica Vicente San Sebastián TC 64, S.L., Centro de Scanner Vizcaya, S.A., Centro de Diagnóstico San Juan de Dios, S.A., Centro de Diagnóstico Virgen Blanca, S.A., Radiología Clínica Vizcaya, S.L., Centro de Diagnóstico Durango, S.L. y Resonancia Magnética Bilbao, S.A.), con la única finalidad de realizar pruebas diagnósticas, emitir informes clínicos, o prestarle la debida asistencia sanitaria como paciente. Asimismo, se le informa de que los datos personales facilitados por usted, podrán ser tratados por las entidades que presten servicios a **CENTRO DE DIAGNÓSTICO SAN JUAN DE DIOS, S. A.** (asesores y gestores externos), bajo las instrucciones del Responsable del Tratamiento y vinculados por contrato de encargo de tratamiento y obligación de confidencialidad. El acceso a sus datos personales se producirá única y exclusivamente para la prestación del servicio a **CENTRO DE DIAGNÓSTICO SAN JUAN DE DIOS, S. A.** y en el marco del acuerdo suscrito entre las partes.
- En caso de que lo desee, usted puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad, que le asisten, indicándolo por escrito a **CENTRO DE DIAGNÓSTICO SAN JUAN DE DIOS, S. A.**, con domicilio en Avenida Cristóbal Murrieta nº 70, 48980 Santurtzi, a la atención del Responsable del Tratamiento o por correo electrónico mediante e-mail remitido a [dpd@gruposcanner.biz](mailto:dpd@gruposcanner.biz), adjuntando en ambos casos copia legible de su NIF u otro documento que acredite oficialmente su identidad. De igual modo, usted tiene derecho a presentar reclamaciones ante la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD).
- En prueba de conformidad, suscribe esta cláusula informativa el paciente o su representante legal:

D./Dña.:.....

Representante legal:.....

NIF:.....

NIF:.....

Firma:

Firma: