



**Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, sobre Protección de Datos de Carácter Personal**

A los efectos previstos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, sobre Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que los datos personales proporcionados se incorporarán (o actualizarán) a los ficheros de **CENTRO DE DIAGNÓSTICO SAN JUAN DE DIOS, S. A.**, con dirección en Avda. Cristóbal Murrieta, 70. CP: 48980 Santurtzi (Bizkaia).

La finalidad del tratamiento de los datos será la de realizar el análisis y diagnóstico de la prueba médica solicitada.

Los datos personales solicitados en este documento son de carácter obligatorio, por lo que su no cumplimentación supone la imposibilidad de su inclusión en los ficheros antes descritos y de cumplir con la finalidad definida en el párrafo anterior.

Asimismo autoriza la comunicación a las clínicas colaboradoras (Centro de Scanner de Vizcaya, S. A., Clínica Vicente San Sebastián TC 64, S. L., Centro de Diagnóstico Virgen Blanca, S. A., Radiología Clínica Vizcaya, S. L., Resonancia Magnética Bilbao, S. A. y Centro de Diagnóstico Durango, S. L.) de los datos de las pruebas médicas a realizar así como de las anteriormente realizadas para poder llevar a cabo el diagnóstico con mayor corrección. En caso de que no autorice la comunicación puede comunicarlo en el mostrador del centro para que se le facilite otro modelo de formulario.

Ud. Tiene derecho al acceso, rectificación, cancelación y oposición en los términos previsto en la Ley, que podrá ejercitar mediante escrito dirigido al responsable de los mismos, en la dirección anteriormente indicada.

**SI** doy consentimiento

**NO** doy consentimiento

**FIRMA DEL PACIENTE INFORMADO**

D./Dña. .... D.N.I. ....

**CONSENTIMIENTO INFORMADO ARTORM  
CENTRO DE DIAGNÓSTICO SAN JUAN DE DIOS, S. A.**

**PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_



## A. INFORMACIÓN SOBRE LA REALIZACIÓN DE ARTROGRAFÍA

- Esta técnica consiste en una variante del examen por RM de una articulación, al cual se le adiciona contraste intra articular, mediante la punción con una aguja especial, en el espacio articular.
- Es una técnica poco dolorosa. Se realiza bajo control por imagen (TC, Ecografía o radioscopia según el caso). Se emplea anestesia local inyectada en la piel con unas agujas muy finas. Suele durar entre 15 y 20 minutos.
- Los resultados que se obtienen compensan los posibles riesgos que a continuación le exponemos.

## B. RIESGOS Y COMPLICACIONES DE LA REALIZACIÓN DE ARTROGRAFÍA:

### Las complicaciones más frecuentes que pueden aparecer son:

- *Molestias locales* en el lugar de punción. Ceden en pocas horas. Si persisten o aumentan pueden indicar la infección.
- *Síncope vasovagal*. Es un “mareo” que suele darse en ciertas personas. Se acompaña de sensación de calor, sudor, y desvanecimiento. No es grave y cede con atropina.

### Existen otras complicaciones muy raras, aunque más peligrosas:

- *Hemorragia* se puede pinchar un vaso que si sangra mucho o de forma excepcional podría necesitar tratamiento.
- *Infección* la técnica se realiza con técnica aséptica, raramente puede ocurrir infección en el sitio de punción o intraarticular que requeriría tratamiento antibiótico.
- *Reacción alérgica* el contraste raramente puede pasar a la sangre desencadenando una reacción alérgica (excepcionalmente grave) en pacientes susceptibles.

De todas formas, si ocurriera cualquier complicación no dude que todos los medios médicos de este hospital están dispuestos para intentar solucionarlas

## C. DECLARO:

- Que he sido informado por el Médico, de las ventajas, inconvenientes y complicaciones de la de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.
- He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

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

### EL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

D./Dña. .... D.N.I. ....

### EL MÉDICO

D./Dña. .... Nº Colegiado .....