



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

Quedo informad@, según lo establecido en la Ley 15/1999 Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal, de que mis datos personales serán incluidos en un fichero cuyo titular y responsable es **CENTRO DE DIAGNÓSTICO VIRGEN BLANCA, S.A.**

Otorgo mi consentimiento expreso para tratar mis datos de salud y la toma de imágenes de exploración, como paciente, con la finalidad de gestión y desarrollo de los distintos servicios médicos de resonancia magnética o TAC y me ofrezcan la mejor asistencia.

Asimismo, autorizo el envío del informe médico al Servicio Vasco de Salud Osakidetza y a la compañía de seguros correspondiente en caso de que fuera necesario, así como al resto de clínicas colaboradoras que conforman el Grupo Scanner (Centro de Scanner de Vizcaya, S.A., Clínica Vicente San Sebastián TC 64, S.L., 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.). El objetivo de estas comunicaciones será el de poder llevar a cabo el diagnóstico y el tratamiento con mayor corrección.

CENTRO DE DIAGNÓSTICO VIRGEN BLANCA, S.A. garantiza la absoluta confidencialidad de los datos personales de los pacientes que constan en sus ficheros informáticos y en papel, y que el uso de estos se ajustará siempre a las directrices fijadas por la normativa sobre protección de datos de carácter personal.

En el momento que lo desee podré ejercitar mis derechos de acceso, rectificación, oposición y/o cancelación de los datos, según lo establecido en la legislación sobre Protección de Datos, solicitándolo formalmente en Secretaría o dirigiendo un escrito a **CENTRO DE DIAGNÓSTICO VIRGEN BLANCA, S.A.** Calle Maestro Mendiri 2. CP: 48006 Bilbao (Bizkaia).

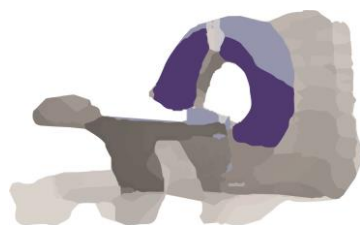
FIRMA DEL PACIENTE INFORMADO

D./Dña. D.N.I.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO R.M.
CENTRO DE DIAGNÓSTICO VIRGEN BLANCA, S. A.**

PACIENTE: _____

FECHA: _____



La Resonancia Magnética es una técnica de exploración que no utiliza Rayos X, ni otro elemento radioactivo y no produce efectos nocivos. **HAY QUE TENER EN CUENTA QUE:**

Lo más importante para realizar con éxito la exploración es que el paciente este quieto, **SIN MOVERSE** durante toda la prueba.

- 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.
- La habitación debe mantenerse cerrada. Pero usted estará controlado **VISUALMENTE** y podrá **HABLAR** con el personal sanitario durante la exploración.

LA RESONANCIA MAGNÉTICA TRABAJA CON UN CAMPO MAGNÉTICO, POR ELLO:

- **NO PUEDEN ENTRAR** las personas portadoras de **MARCAPASOS** cardiacos.
- **DEBERÁ QUITARSE** todos los objetos metálicos. En caso de dudas consultar al personal:

Pendientes	Sortijas	Collares	Tarjetas de Crédito
Relojes	Sortijas	Llaves	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.)

FIRMA DEL PACIENTE INFORMADO

D./Dña. D.N.I. Firma.....

MÉDICO

Declaro he proporcionado la información adecuada al paciente y he dado respuesta a sus dudas.

Dr./Dra. Nº Colegiado..... Firma.....



CUESTIONARIO PREVIO A LA REALIZACIÓN DE ESTUDIO DE R.M.

Señalar con una "X" la respuesta correcta.

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

SI NO

2) ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente con anterioridad?

SI NO

3) ¿Tiene implantes metálicos, cuerpos extraños u objetos metálicos dentro del cuerpo?

SI NO

En caso **AFIRMATIVO** especificar de qué tipo **marcando** con una "X" donde proceda:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> MARCAPASOS | <input type="checkbox"/> BOMBAS DE INSULINA | <input type="checkbox"/> SUTURAS METÁLICAS |
| <input type="checkbox"/> DIU | <input type="checkbox"/> CLIPS METÁLICOS | <input type="checkbox"/> SHUNT VENTRICULAR |
| <input type="checkbox"/> CLIPS ANEURISMÁTICOS | <input type="checkbox"/> FILTROS DE CAVA (o de VASOS SANGUINEOS) | |
| <input type="checkbox"/> IMPLANTES OCULARES | <input type="checkbox"/> VÁLVULA CARDIACA | <input type="checkbox"/> IMPLANTES DE OÍDO |
| <input type="checkbox"/> CATETER SWANGANZ | <input type="checkbox"/> CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR | <input type="checkbox"/> SONOTONES |
| <input type="checkbox"/> METRALLA | <input type="checkbox"/> PRÓTESIS ARTICULARES (de caderas, etc.) | |
| <input type="checkbox"/> CLAVOS | <input type="checkbox"/> ALFILERES - AGUJAS | <input type="checkbox"/> TATUAJES – PIERCING |
| <input type="checkbox"/> BOMBAS DE INFUSIÓN | <input type="checkbox"/> PRÓTESIS DENTALES (dentaduras postizas, puentes, implantes). | |
| <input type="checkbox"/> OTROS: _____ | | |

4) Profesión: _____

¿Ha trabajado o trabaja con metales?

SI NO

5) En caso de ser mujer, ¿está usted embarazada o puede estarlo?

SI NO

6) ¿Padece Ud. Insuficiencia renal?

SI NO

7) En algunas ocasiones es necesario inyectar un **CONTRASTE** por vía intravenosa para facilitar el diagnóstico. Este tipo de contraste es distinto al utilizado en otras pruebas radiológicas y presenta mayor seguridad, sin embargo como en todas las medicaciones presenta riesgo de reacción alérgica. ¿Si en el transcurso de la prueba el radiólogo considera indicado la administración de dicho contraste daría usted su consentimiento?

SI NO

Sexo: _____ Edad: _____ Peso: _____