



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 **CLÍNICA VICENTE SAN SEBASTIÁN TC 64, S.L.**

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 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.

CLÍNICA VICENTE SAN SEBASTIÁN TC 64, S.L. 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 **CLÍNICA VICENTE SAN SEBASTIÁN TC 64, S.L.** Calle Ballets Olaeta 4. CP: 48014 Bilbao (Bizkaia).

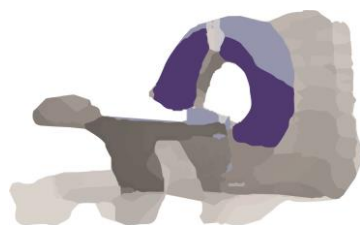
FIRMA DEL PACIENTE INFORMADO

D./Dña. D.N.I.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO T.A.C.
CLÍNICA VICENTE SAN SEBASTIÁN TC 64, S. L.**

PACIENTE: _____

FECHA: _____



INSTRUCCIONES PARA REALIZACIÓN DE T.A.C. Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted va a realizarse una exploración radiológica a petición de su médico.

El T.A.C. es una exploración que permite, utilizando los rayos X, la obtención de imágenes en múltiples planos y volumétricas, de las estructuras internas de las partes del organismo objeto del estudio. Las imágenes así obtenidas permitirán al Médico Radiólogo emitir un informe sobre la existencia o no de anomalías.

¿Qué riesgos tiene?

Para esta exploración se utilizan Rayos X y la cantidad de radiación que se recibe es pequeña y siempre dentro de los límites legalmente establecidos por la Comisión Internacional de Protección Radiológica.

Los estudios radiológicos no son recomendables durante la gestación, por lo que si usted está embarazada o cree que puede estarlo, díganoslo antes de empezar.

En algunos casos es posible que sea necesaria la introducción, a través de una vena, de una sustancia de contraste iodado que permitirá una mejor visualización de determinados órganos y estructuras. La punción de una vena conlleva un pequeño riesgo de rotura de la misma y salida del material de contraste hacia partes blandas del brazo. En un porcentaje mínimo de pacientes pueden producirse reacciones alérgicas al contraste intravenoso que, excepcionalmente, pueden llegar a ser graves. Durante la inyección puede notar náuseas, calor o frío, que desaparece en unos momentos.

El contraste que se utiliza contiene fundamentalmente yodo y puede provocar reacciones diversas:

Reacciones leves: Habones, granos, picor de garganta, enrojecimiento.

Reacciones graves: Estas reacciones generalmente se corrigen con un tratamiento más complejo y pueden causar algún daño. Dentro de ellas se incluyen dificultad respiratoria, arritmia cardíaca, convulsiones, insuficiencia renal o pérdida de conciencia. La posibilidad de una reacción de este tipo es del orden del 0,04 % (4 de cada 10.000 pacientes).

Usted debe saber que hoy en día no hay ninguna prueba previa que permita conocer en que personas se va a producir una reacción alérgica.



Sexo: _____ Edad: _____ Peso: _____

El día de la exploración acudirá al servicio con las instrucciones que se le habrán comentado.

Para que la exploración se realice con las máximas garantías le rogamos conteste las siguientes preguntas:

1. ¿Le han realizado previamente esta exploración?
.....
2. ¿Le han administrado contraste iodado intravenoso?
.....
3. ¿Tuvo algún tipo de reacción alérgica?
.....
4. ¿Tiene antecedentes alérgicos a otra sustancia?
.....
5. ¿Padece Ud. Insuficiencia renal?
.....
6. ¿Es Ud. diabético? En caso afirmativo ¿qué tratamiento sigue?
.....
7. En caso de ser mujer ¿está usted embarazada?
.....

SI NECESITA MÁS INFORMACIÓN O ALGUNA ACLARACIÓN, NO DUDE EN PREGUNTAR ANTES DE EMPEZAR LA PRUEBA

- | | | |
|----|----|---|
| SI | NO | Doy consentimiento a la realización del scanner. |
| SI | NO | Doy consentimiento a la administración de contraste iodado intravenoso. |

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.....