



CONSENTIMIENTO DE RESONANCIA MAGNÉTICA

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	Horquillas	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.).

PROTECCIÓN DE DATOS

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 RESONANCIA MAGNÉTICA BILBAO, 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 y me ofrezcan la mejor asistencia.

Asimismo autorizo el envío de copia del informe médico a la compañía de seguros correspondiente a solicitud de su servicio médico.

RESONANCIA MAGNÉTICA BILBAO, 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 Secretaria o dirigiendo un escrito a RESONANCIA MAGNÉTICA BILBAO, S.A., C/ Licenciado Pozas 10 bajo de Bilbao, C.P. 48011 (Bizkaia).

CUESTIONARIO PREVIO A LA REALIZACIÓN DE ESTUDIO DE R.M

Señalar con un círculo la respuesta correcta

Ejemplo: ¿Tiene cita con nosotros para la realización de una R.M.? SI NO

1. Se ha realizado anteriormente algún estudio de R.M. SI NO
En caso afirmativo indique el centro sanitario donde se lo hicieron.....
.....

2. Ha sido intervenido quirúrgicamente de algo SI NO
En caso afirmativo especifique tipo de intervención y cuando (aproximadamente)

3. ¿Es portador de alguno de los dispositivos referidos en la siguiente lista?

Marcapasos	SI	NO
Clips craneales	SI	NO
Prótesis articulares	SI	NO
Prótesis oído.....	SI	NO
Bomba de insulina.....	SI	NO
Virutas en los ojos.....	SI	NO
Placas o clavos metálicos.....	SI	NO
Prótesis vasculares	SI	NO
Válvulas cardiacas	SI	NO
Prótesis dentales.....	SI	NO
Prótesis auditiva (Sonotone)	SI	NO
Tatuajes contorno ojos	SI	NO
OTROS	SI	NO

4. ¿Padece usted insuficiencia renal?..... SI NO

5. ¿Está usted EMBARAZADA o AMAMANTANDO?..... SI NO

6. 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

7. Después de leer la información recibida y aclarar las dudas que puedan suscitarse ¿Da su consentimiento a la realización de la prueba?..... SI NO

8. Edad

NOMBRE: _____ **DNI:** _____ **PESO:** _____

EN _____ **a** _____ **de** _____ **de 20** _____

Firma del paciente o persona responsable

AVISO LEGAL: Este documento no puede contener información confidencial y/o privilegiada, y está exclusivamente dirigido a su destinatario/a. La posible información que pueda contener este documento relacionada con carácter personal, se encuentra amparada en la LOPD 15/99, que compromete a no divulgar dichos datos por cualquier medio, así como a no publicarlos, ni de cualquier otro modo, bien directamente, bien a través de terceras personas o empresas, a no aplicar o utilizar los datos que se facilitarán o a los que tenga acceso con un fin distinto al convenido, a no darles un uso indebido o ilícito o a utilizarlos en beneficio propio y a no comunicarlos ni cederlos o ponerlos a disposición de terceros, ni siquiera para su conservación a otras personas físicas o jurídicas. Si Vd. no es el destinatario de este documento (o ha tenido acceso al mismo por error), debe, por tanto, informar inmediatamente al emisor y destruir el mismo. Está estrictamente prohibida por la legislación vigente cualquier copia, revelación o distribución de este documento.