



CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE TAC/SCANNER

LA **TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC)** ES UNA TÉCNICA DIAGNÓSTICA POR IMAGEN QUE UTILIZA **RADIACIÓN IONIZANTE (RAYOS X)** PARA OBTENER CORTES TRANSVERSALES DEL CUERPO Y GENERAR IMÁGENES DETALLADAS DE ÓRGANOS Y ESTRUCTURAS INTERNAS. LA EXPLORACIÓN SE REALIZA CON EL PROPÓSITO DE CONTRIBUIR AL DIAGNÓSTICO, VALORACIÓN O SEGUIMIENTO DE UNA DETERMINADA CONDICIÓN MÉDICA, SEGÚN LA INDICACIÓN DEL MÉDICO RESPONSABLE.

EN ALGUNOS CASOS, PUEDE REQUERIRSE LA **ADMINISTRACIÓN DE UN MEDIO DE CONTRASTE YODADO**, POR VÍA INTRAVENOSA U ORAL, CON EL FIN DE MEJORAR LA VISUALIZACIÓN DE DETERMINADOS ÓRGANOS, VASOS SANGUÍNEOS O LESIONES.

LA REALIZACIÓN DE ESTA PRUEBA SE CONSIDERA, EN TÉRMINOS GENERALES, **SEGURA Y BIEN TOLERADA**; NO OBSTANTE, PUEDEN PRESENTARSE **RIESGOS O REACCIONES ADVERSAS** EN PACIENTES CON DETERMINADAS CONDICIONES DE SUSCEPTIBILIDAD, DERIVADOS TANTO DE LA EXPOSICIÓN A RADIACIÓN IONIZANTE COMO DEL USO DE MEDIOS DE CONTRASTE.

POR TAL MOTIVO, SE SOLICITA AL PACIENTE QUE **RESPONDA DE MANERA VERAZ Y DETALLADA** AL CUESTIONARIO QUE SE LE PRESENTA, CON EL FIN DE IDENTIFICAR POSIBLES FACTORES DE RIESGO Y GARANTIZAR LA MAYOR SEGURIDAD DURANTE LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

-CUMPLIMENTE O MARQUE LA OPCIÓN CORRECTA-

NOMBRE Y APELLIDOS DEL/LA PACIENTE.....

FECHA DE NACIMIENTO.....

¿POR QUÉ SE TIENE QUE REALIZAR ESTA PRUEBA?

¿CUÁNDO TIENE CITA CON SU MÉDICO?.....

¿QUÉ SÍNTOMAS PADECE ACTUALMENTE?.....

¿ALGUNA ENFERMEDAD IMPORTANTE? ☐ NO ☐ SÍ → ESPECIFICAR:

¿OPERACIÓN O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA ☐ NO ☐ SÍ → ESPECIFICAR:

.....y fecha de la misma

¿SE HA REALIZADO ANTERIORMENTE ALGUNA RESONANCIA MAGNÉTICA, SCANNER, EXPLORACIÓN RADIOLÓGICA U OTRA TÉCNICA POR IMAGEN? ☐ NO ☐ SÍ → ESPECIFICAR:.....

¿TRAJE USTED AHORA ALGUNA DE ESTAS EXPLORACIONES PREVIAS? ☐ NO ☐ SÍ → ESPECIFICAR:

¿TRAUMATISMO O ACCIDENTE CON ANTERIORIDAD? ☐ NO ☐ SÍ → ESPECIFICAR:

¿TIENE ANTECEDENTES DE REACCIONES ALÉRGICAS A MEDICAMENTOS O A CONTRASTES RADIOLÓGICOS? ☐ NO ☐ SÍ → ESPECIFICAR:

SI ES MUJER, ¿CREE QUE PUEDE ESTAR EMBARAZADA? ☐ NO ☐ SÍ - COMUNÍQUELO A NUESTRO PERSONAL.

¿AUTORIZA USTED QUE LAS IMÁGENES OBTENIDAS EN ESTA EXPLORACIÓN PUEDAN SER COMPARADAS CON OTRAS EXPLORACIONES SUYAS ANTERIORES QUE SE HAYAN REALIZADO EN ESTE CENTRO, AUNQUE HAYAN SIDO SOLICITADAS POR OTRO MÉDICO O SERVICIO SANITARIO, PÚBLICO O PRIVADO?

☐ SÍ ☐ NO ☐ **NO TENGO PREVIAS EN CLÍNICA MARTI-TORRES**

¿AUTORIZA USTED QUE LAS IMÁGENES OBTENIDAS EN ESTA EXPLORACIÓN DE FORMA ANÓNIMA PUEDAN UTILIZARSE CON **FINES CIENTÍFICOS**?
☐ SÍ ☐ NO

ALGUNA OBSERVACIÓN POR SU PARTE.....

CONTINÚA ATRÁS.....



ENTREGA DE RESULTADOS

***** SI SU PETICIÓN VIENE DERIVADA DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD O MUTUA DE TRABAJO, los resultados se envían directamente al hospital o centro peticionario**

***** SI SU PETICIÓN ES DE UN MÉDICO PRIVADO O DE UNA COMPAÑÍA ASEGURADORA (marque solo una opción)**

☐ **RECOGE PERSONALMENTE**, se le entregará un documento donde se le indicará el día a partir del cual estarán listos sus resultados, el día que venga a retirarlos deberá presentar su DNI, si RECOGE OTRA PERSONA DISTINTA de usted ésta deberá traer una autorización suya y copia del DNI de ambos.

☐ **ACCESO PORTAL WEB**: deberá leer, cumplimentar y firmar el documento de autorización y nuestro personal le facilitará el usuario y contraseña. A través del portal podrá ver las imágenes e informe de las pruebas realizadas, incluso invitar a su médico especialista o cualquier persona que usted desee a ver sus resultados, de forma rápida y segura. Si necesita más información consulte con nuestro personal. SI YA TIENE ACCESO AL PORTAL WEB COMUNÍQUELO A NUESTRO PERSONAL.

A CUMPLIMENTAR SOLO SI SU MÉDICO O CENTRO PRESCRIPTOR TIENE ACCESO A NUESTRO PORTAL WEB:

☐ **SI** ☐ **NO** NOS AUTORIZA A CEDER SUS DATOS DE SALUD, INCLUIDOS INFORMES E IMÁGENES, AL MÉDICO O CENTRO PRESCRIPTOR.

Nombre del Médico/ Centro prescriptor _____

CONSENTIMIENTO SOBRE RECOGIDA DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Responsable: Diagnóstico por Imagen Marti-Torres S.L.

Finalidades: Consiente con su firma el tratamiento sanitario y asistencial, de gestión de la clínica, tratando sus datos de salud y biométricos. Comunicaciones de información que pueda resultar de tu interés. También trataremos sus datos para la elaboración de estudios estadísticos anonimizados que nos ayuden a mejorar los servicios sanitarios.

Duración: Los datos médicos no se conservarán más de 10 años, desde el fin de la relación contractual.

Legitimación: Ejecución de un contrato y consentimiento del interesado.

Destinatarios: Solo se cederán datos a terceros cuando sea necesario, a:

- El **médico o centro sanitario** que usted indique expresamente, con su consentimiento.
- **Hospitales, mutuas u otros centros asistenciales** que hayan solicitado la exploración, cuando sea preciso para la gestión del proceso asistencial.
- Sus **familiares o representantes legales**, en los supuestos legalmente previstos o cuando usted lo haya autorizado expresamente. No se cederán sus datos a otros terceros, salvo obligación legal o con su consentimiento

Derechos: A acceder, rectificar y suprimir sus datos, y otros explicados en la info adicional.

Info adicional: <https://clientes.prodat.es/privacidad/MLG/martitorres>

CUMPLIMENTAR ÚNICAMENTE EN LOS CASOS EN QUE LA PRUEBA REQUIERA LA ADMINISTRACIÓN DE CONTRASTE YODADO POR VÍA INTRAVENOSA

SE INFORMA A LA PERSONA PACIENTE QUE, PARA LA REALIZACIÓN DE LA PRUEBA DIAGNÓSTICA POR IMAGEN PRESCRITA, SERÁ NECESARIA LA ADMINISTRACIÓN DE UN MEDIO DE CONTRASTE YODADO POR VÍA INTRAVENOSA. DICHO CONTRASTE SE ELIMINA PRINCIPALMENTE A TRAVÉS DEL SISTEMA RENAL.

EN DETERMINADOS CASOS, PUEDE SER NECESARIO EL USO COMPLEMENTARIO DE CONTRASTE ORAL (GASTROGRAFIN® O BARIGRAF-TAC®). SI ASÍ SE LE HA INDICADO, EL PACIENTE DEBERÁ ACUDIR AL CENTRO CON UNA ANTELACIÓN MÍNIMA DE UNA HORA PARA PROCEDER A SU ADMINISTRACIÓN.

EL PACIENTE DEBERÁ MANTENER UN AYUNO PREVIO DE ENTRE **4 Y 6 HORAS** ANTES DE LA REALIZACIÓN DE LA PRUEBA.

ANTECEDENTES RELEVANTES

SE SOLICITA LA COMUNICACIÓN DE ANTECEDENTES CLÍNICOS QUE PUEDAN INCREMENTAR EL RIESGO ASOCIADO A LA ADMINISTRACIÓN DEL MEDIO DE CONTRASTE:

- **ALERGIAS** A CONTRASTES YODADOS O A OTRAS SUSTANCIAS.
☐ NO ☐ SÍ → ESPECIFICAR: _____
 - **PATOLOGÍAS RELEVANTES:** DIABETES MELLITUS, INSUFICIENCIA RENAL, INSUFICIENCIA CARDÍACA, HEPATOPATÍAS U OTRAS ENFERMEDADES SIGNIFICATIVAS.
☐ NO ☐ SÍ → ESPECIFICAR: _____
 - ¿SE HA REALIZADO ANTERIORMENTE UNA PRUEBA CON CONTRASTE YODADO? ☐ SÍ ☐ NO
 - EN CASO AFIRMATIVO, ¿PRESENTÓ ALGUNA REACCIÓN ADVERSA O INCIDENCIA? ☐ NO ☐ SÍ → ESPECIFICAR: _____
-



RIESGO PERSONALIZADO (A CUMPLIMENTAR SI PROCEDE POR EL PERSONAL MÉDICO DEL CENTRO) _____

REACCIONES ADVERSAS POTENCIALES

1. REACCIONES LEVES (≈99% DE LOS CASOS):

SENSACIÓN DE CALOR GENERALIZADO, ENROJECIMIENTO FACIAL Y NÁUSEAS. SUELEN SER AUTOLIMITADAS Y NO REQUIEREN TRATAMIENTO.

2. REACCIONES MODERADAS:

URTICARIA LOCALIZADA, RINITIS, CONJUNTIVITIS, EDEMA LEVE, BRONCOESPASMO LEVE O VÓMITOS. REQUIEREN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO CONVENCIONAL, CON BUENA EVOLUCIÓN.

3. REACCIONES GRAVES:

URTICARIA GENERALIZADA, EDEMA LARÍNGEO, ANGIOEDEMA, HIPOTENSIÓN, BRONCOESPASMO SEVERO, DOLOR TORÁCICO, EDEMA PULMONAR, ARRITMIA CARDÍACA, CONVULSIONES, INSUFICIENCIA RENAL AGUDA O SHOCK ANAFILÁCTICO.

ESTAS REACCIONES SE PRESENTAN APROXIMADAMENTE EN 4 DE CADA 10.000 PACIENTES, Y RESPONDEN HABITUALMENTE A TRATAMIENTO MÉDICO ADECUADO.

EL RIESGO DE DESENLAZADO FATAL ES EXCEPCIONAL (0,27 POR MILLÓN DE EXPLORACIONES).

EN ALGUNOS CASOS PUEDEN APARECER **REACCIONES TARDÍAS** (HORAS O DÍAS DESPUÉS), HABITUALMENTE LEVES Y DE TIPO CUTÁNEO.

OTRAS COMPLICACIONES POSIBLES

PUEDEN PRODUCIRSE **EXTRAVASACIÓN DEL CONTRASTE** POR ROTURA VENOSA O DESPLAZAMIENTO DE LA VÍA, SITUACIÓN QUE SERÁ TRATADA DE FORMA INMEDIATA. EL RIESGO ES MAYOR EN PACIENTES CON ALTERACIONES VASCULARES O NEOPLASIAS, POR LO QUE SE SOLICITA INFORMAR DE DICHAS CONDICIONES PREVIAMENTE.

REACCIONES AL CONTRASTE ORAL:

LAS MÁS FRECUENTES SON LEVES (NÁUSEAS, VÓMITOS O DIARREA; INCIDENCIA ENTRE 1–10%).

REACCIONES GRAVES, COMO EL SHOCK ANAFILÁCTICO, SON EXCEPCIONALES (1–10 POR CADA 10.000 ADMINISTRACIONES).

DURANTE TODA LA EXPLORACIÓN, EL PERSONAL SANITARIO MANTENDRÁ CONTACTO Y VIGILANCIA CONTINUOS CON LA PERSONA PACIENTE, PRESTANDO ASISTENCIA INMEDIATA ANTE CUALQUIER REACCIÓN ADVERSA

SI DESPUÉS DE LEER ESTE INFORME NECESITA USTED ALGUNA ACLARACIÓN, NO DUDE EN PREGUNTAR A NUESTRO PERSONAL.

DECIDO.....(SI / NO) DAR MI CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL CONTRASTE POR LOS PROFESIONALES QUE SE PRECISEN Y SOY RESPONSABLE DE MI DECISIÓN.

DECLARO QUE HE RECIBIDO INFORMACIÓN CLARA SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA PRUEBA Y SUS POSIBLES RIESGOS. CONFIRMO QUE HE COMPRENDIDO DICHA INFORMACIÓN Y QUE ESTOY CONFORME CON LA EXPLICACIÓN RECIBIDA.

DECIDO: (ESCRIBA SI O NO) OTORGAR MI CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE LA PRUEBA.

EN MÁLAGA, A DE.....DE.....

FDO. PACIENTE
(Paciente mayor 16 años)

(*)FDO. REPRESENTANTES LEGALES

FDO. RADIOLOGO

(*)En caso de que el paciente se a menor o discapacitado, firman sus representantes. Es obligatoria la firma de los dos progenitores, en el caso de solo acompañar al menor un progenitor deberá aportar el día de la cita obligatoriamente autorización por escrito del otro progenitor.

DECIDO **REVOCAR** MI CONSENTIMIENTO..... FIRMADO.....

Por el personal del centro: Cuestionario completo y firmado _____