



CONSENTIMIENTO RESONANCIA MAGNÉTICA

USTED SE VA A REALIZAR UNA **RESONANCIA MAGNÉTICA** EN UN EQUIPO DE ALTO CAMPO (1.5T o 3T)). ES UNA PRUEBA DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN QUE UTILIZA CAMPOS MAGNÉTICOS Y ONDAS DE RADIO. SU MÉDICO LA HA PROPUESTO PORQUE LA CONSIDERA ÚTIL EN EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE SU ENFERMEDAD. ES UNA PRUEBA MUY SEGURA, PERO HAY ALGUNAS IMPORTANTES CONSIDERACIONES QUE USTED DEBE TENER EN CUENTA:

- ES UNA PRUEBA RUIDOSA.
- PUEDE PROVOCAR LIGERO CALENTAMIENTO DE ALGUNA PARTE DEL CUERPO.
- SE REQUIERE SU COOPERACIÓN PARA PERMANECER INMÓVIL Y SEGUIR LAS INSTRUCCIONES DEL PERSONAL TÉCNICO.
- ES IMPORTANTE QUE SEPA QUE AL SER UN CAMPO MAGNÉTICO PROVOCA DESPLAZAMIENTO DE OBJETOS METÁLICOS DE DENTRO O FUERA DEL CUERPO, POR LO QUE USTED TIENE QUE ASEGURARSE QUE ENTRA SIN NINGÚN OBJETO METÁLICO Y ADVERTIR AL PERSONAL **SI TIENE ALGÚN IMPLANTE, PRÓTESIS MARCAPASOS, NEUROESTIMULADOR, DESFRIBILADOR U OTRO DISPOSITIVO ELECTRÓNICO O PRÓTESIS METÁLICA DEL CUAL NO SE PUEDE DESPRENDER.**

SU SEGURIDAD ES NUESTRA PRIORIDAD. LE AGRADECEREMOS QUE COLABORE PROPORCIONANDO LA INFORMACIÓN DE MANERA CLARA Y COMPLETA.

CUMPLIMENTE Y MARQUE CUANDO PROCEDA-

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE.....DNI.....

FECHA DE NACIMIENTO.....FECHA PRÓXIMA CITA CON SU MÉDICO.....

MOTIVOS POR LOS QUE SE REALIZA USTED LA RESONANCIA

¿ALGUNA ENFERMEDAD IMPORTANTE? SI // NO EN CASO AFIRMATIVO INDÍQUELA.....

¿OPERACIÓN O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA SI // NO EN CASO AFIRMATIVO INDÍQUELO.....

¿TRAUMATISMO O ACCIDENTE CON ANTERIORIDAD? SI // NO EN CASO AFIRMATIVO INDÍQUELO.....

¿TIENE ALGÚN ELEMENTO METÁLICO EN EL CUERPO?.... MARCAPASOS, VÁLVULAS, PRÓTESIS, ESQUIRLAS METÁLICAS, PERDIGONES, PIERCING, AUDÍFONOS..... SI // NO. EN CASO AFIRMATIVO INDÍQUELO.....

¿SE HA REALIZADO ANTES UNA RESONANCIA MAGNÉTICA SI // NO , EN ESTE CENTRO?..... FECHA APROXIMADA.....

¿SE HA REALIZADO PRUEBAS RADIOLOGICAS CON ANTERIORIDAD RELACIONADAS CON EL MOTIVO DE ESTA CONSULTA? SI // NO

CUÁLLAS TRAE AHORA? SI // NO

¿ES USTED ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO O CONTRASTE RADIOLOGICO? SI // NO CUÁL.....

SI ES MUJER, ¿CREE QUE PUEDE ESTAR EMBARAZADA? SI // NO

¿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? SI // NO // NO TENGO ESTUDIOS PREVIOS EN CLÍNICA MARTI-TORRES

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

ALGUNA OBSERVACIÓN POR SU PARTE.....

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

CONTINÚA ATRÁS.....

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>

SOLO CUMPLIMENTAR ESTA SECCIÓN EN EL CASO QUE SE REQUIERA LA ADMINISTRACIÓN DE CONTRASTE (GADOLINIO) POR VÍA INTRAVENOSA

LA EXPLORACIÓN DE RESONANCIA MAGNÉTICA QUE LE HA PRESCRITO SU MÉDICO REQUIERE LA UTILIZACIÓN DE UN CONTRASTE BASADO EN GADOLINIO. ESTE CONTRASTE SE LE ADMINISTRA VÍA INTRAVENOSA, NORMALMENTE CANALIZANDO VENA DEL BRAZO. AL MARGEN DE LA LEVE MOLESTIA DE LA INYECCIÓN, PUEDE TENER UN PEQUEÑO HEMATOMA RESIDUAL Y EN CONTADAS OCASIONES PUEDE SUCEDER LA ROTURA DE LA VENA Y EXTRAVASACIÓN DEL CONTRASTE O BIEN REQUERIRSE VARIOS INTENTOS PARA ACCEDER A UNA VÍA VENOSA ADECUADA. ESTO MÁS PROBABLE SI PADECE ALGUNA ALTERACIÓN DEL SISTEMA VASCULAR O ES PACIENTE ONCOLÓGICO. LA ADMINISTRACIÓN DE CONTRASTE PUEDE SER IMPORTANTE PARA ESTUDIO DE SU PATOLOGÍA Y ADECUAR SU TRATAMIENTO.

ESTE CONTRASTE ESTÁ CONTRAINDICADO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL GRAVE O SÍNDROME HEPATO-RENAL, SEGÚN DIRECTIVA DE LA D.G. DE FARMACIA. SI PRESENTA USTED ALGUNAS DE ESTAS PATOLOGÍAS COMUNÍQUELO AL PERSONAL DE LA CLÍNICA.

SALVO EN ESTOS CASOS, NORMALMENTE ESTE CONTRASTE ES INOCUO Y NO PRODUCE MOLESTIAS IMPORTANTES. EXCEPCIONALMENTE, SE HAN DESCRITO REACCIONES ALÉRGICAS QUE, EN LA INMENSA MAYORÍA DE LAS OCASIONES SON LEVES, SIN QUE EXISTA UN ANÁLISIS PREVIO QUE NOS PERMITA SABER EN QUÉ PERSONAS PUEDE PRODUCIRSE UNA REACCIÓN. (**REACCIONES LEVES**, COMO NÁUSEAS, VÓMITOS, URTICARIA LOCAL...**REACCIÓN MODERADA** COMO URTICARIA GENERALIZADA O EDEMA EN MENOS DEL 1% DE LOS CASOS. **REACCIÓN GRAVE** COMO HIPOTENSIÓN O REACCIÓN ANAFILÁCTICA EN 1 DE CADA 100.000 PACIENTES). DEBE SABER QUE EL EQUIPO MÉDICO Y TÉCNICO DEBIDAMENTE DOTADO ESTÁ A SU LADO POR SI NECESITA ASISTENCIA EN CUALQUIERA DE LOS CASOS.

PUEDE HACER VIDA NORMAL DESPUÉS DE LA EXPLORACIÓN, Y GENERALMENTE EL CONTRASTE NO INTERFIERE EN NINGÚN TRATAMIENTO O TERAPIA QUE ESTÉ SIGUIENDO EL PACIENTE.

¿PADECE USTED INSUFICIENCIA RENAL? (SI // NO) INDIQUE, POR FAVOR, SU PESO..... KG

DECIDO(SI // NO) DAR MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE EFECTÚE LA PRUEBA POR LOS PROFESIONALES ADECUADOS QUE SE PRECISEN, Y SOY RESPONSABLE DE LAS CONSECUENCIAS 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. RADÍÓLOGO

()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.....