



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
RESONANCIA MAGNETICA**

Fecha ___ / ___ / ___ N° de Paciente _____ Prescripción del Dr _____

Nombre y Apellidos _____ Edad _____ Altura _____ Peso _____

Fecha de Nacimiento ___ / ___ / ___ Hombre ___ Mujer ___ Parte del cuerpo a examinar _____

Dirección _____ Ciudad _____ Provincia _____ C.Postal _____

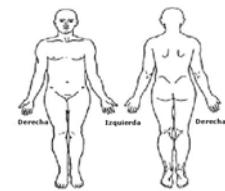
Motivo de la RM y/o síntomas _____

1. ¿Ha sido alguna vez intervenido quirúrgicamente (ej., artroscopia, endoscopia, etc.)? No ___ Si ___

Indique en la figura la posición del implante o metal alojado en su cuerpo

2. ¿Ha tenido algún problema con algún examen anterior de Resonancia Magnética? No ___ Si ___

3. ¿Ha sufrido algún accidente con metralla, bala, perdigones etc. o que dejase restos metálicos en los ojos (ej., partículas metálicas, limaduras, etc.)? No ___ Si ___



4. ¿Es alérgico/a a algún medicamento? No ___ Si ___

En caso afirmativo, indique: _____

5. Para mujeres: ¿Está Ud. Embarazada o cree estarlo? No ___ Si ___

Indique por favor si lleva o tiene:

- | | | |
|--|------------------------------------|--|
| Si ___ No ___ Marcapasos o desfibrilador cardíaco implantado | Si ___ No ___ Clips para aneurisma | Si ___ No ___ Tatuajes o piercing |
| Si ___ No ___ Sistema neuroestimulador o electrodos internos | Si ___ No ___ Prótesis ocular | Si ___ No ___ Problema respiratorio |
| Si ___ No ___ Fijador externo o prótesis art. (cadera, rodilla...) | Si ___ No ___ Prótesis vasculares | Si ___ No ___ Grapas o suturas metálicas |
| Si ___ No ___ Prótesis del oído medio o audífono | Si ___ No ___ Prótesis dental | |
| Si ___ No ___ Parche (nicotina, nitroglicerina...) | Si ___ No ___ Diafragma, DIU | |

AVISO: Antes de entrar en la sala de Resonancia, deberá dejar todos los objetos metálicos incluyendo audífonos, prótesis dental removible, llaves, teléfono móvil, gafas, horquillas para el pelo, joyas, piercings, reloj, clips, monedas, tarjetas de crédito, bolígrafo, cortauñas, herramientas, ropa con broches metálicos...

Ciertos implantes, aparatos, u objetos pueden resultar peligrosos o interferir con la máquina de Resonancia. No pasar a la sala de resonancia hasta que cualquier consulta relativa a implantes, aparatos u objetos se haya consultado con el técnico de Resonancia. El imán está conectado permanentemente.

D./Dña......

MANIFIESTO que he sido informado/a de la prueba que me van a realizar.

DECLARO que estoy satisfecho/a con la información recibida, he podido formular todas las preguntas que he creído convenientes, y me han aclarado todas las dudas planteadas. En consecuencia **DOY MI CONSENTIMIENTO** para la realización de la exploración de Resonancia Magnética y me reservo la capacidad de revocarlo.

Firma del paciente

DNI: _____

Nombre del representante legal, en caso de incapacidad del paciente con indicación del carácter con el que interviene (padre, madre, tutor, etc.)

Nombre: _____ DNI: _____ Firma _____

Política de Protección de datos:

Los datos facilitados se incorporarán a un fichero titularidad de Investigación y Cirugía Ortopédica Dr. Galindo, S.L. con domicilio en C/ Explanada, 16 -28040- de Madrid, registrado en la APD y con la finalidad de recabar información necesaria del paciente para la prestación de servicios médicos. De acuerdo con la LOPD tiene el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición, notificándolo por escrito al titular del fichero en la dirección arriba indicada acreditando la personalidad del interesado o representante. La cancelación dará lugar al bloqueo de los datos, conservándose únicamente a disposición de las Administraciones públicas, Jueces y Tribunales, para la atención de las posibles responsabilidades nacidas del tratamiento, durante el plazo de prescripción de éstas. Cumplido este plazo se procederá a la supresión.

Información revisada por (médico, técnico de radiodiagnóstico): _____ Firma _____