

CUESTIONARIO DE SALUD Y SEGURIDAD. RAYOS X.

INFORMACIÓN SOBRE LA PRUEBA.

1

¿En qué consiste? Se trata de una exploración utiliza rayos X, es decir, radiaciones ionizantes.

¿Cómo se realiza? El paciente adoptará la postura más idónea, dependiendo de la zona a estudiar permaneciendo inmóvil durante un corto periodo de tiempo necesario para obtener la imagen (normalmente unos segundos).

¿Qué riesgos puede ocasionar? A pesar que las dosis empleadas son las mínimas, para poder obtener la imagen hay que tener en cuenta que se utilizan radiaciones ionizantes.

Se le ha indicado un procedimiento en el que se utilizan rayos X. El riesgo potencial de la radiación incluye una ligera elevación del riesgo de padecer cáncer dentro de algunos años. Este riesgo es menor del 0,5% por lo que se puede considerar muy bajo en comparación con la incidencia normal del cáncer en la población, que es del 33% para mujeres y del 50% para hombres. De acuerdo a la Sociedad Americana del Cáncer. Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM).

Los rayos X pueden ser perjudiciales para el desarrollo del feto. Por lo que está contraindicado, en el caso de embarazo, si está o cree que puede estar embarazada, por favor, comuníquese al técnico que le atenderá.

PROTECCIÓN DE DATOS.

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos consignados en este impreso y los que se deriven de la prueba médica a la cual se someta, serán incluidos en un fichero titularidad de RESONA. SA, cuya finalidad es la gestión de las pruebas diagnósticas. En caso que acuda a nuestro centro por indicación de otra entidad sanitaria de la cual es Ud. Cliente, los datos serán cedidos a ésta con la finalidad de proceder al control de los servicios realizados para la correcta liquidación económica. Asimismo, le comunicamos la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en la siguiente dirección: C/ Españaoleto, 24 bajo de 28010-Madrid.

PARA LA RECOGIDA DE PRUEBAS

RX

Este centro garantiza la seguridad y la confidencialidad de sus datos de carácter personal y medico sanitarios recogidos durante su estancia. El resultado de las pruebas efectuadas sólo puede ser entregado al paciente o a una persona expresamente autorizada por éste. Para la recogida de las pruebas es imprescindible aportar este documento.

DATOS DE LA RECOGIDA DE PRUEBAS.

Lugar: C/ Españaoleto Nº 24 (Entrega).

Horario: De lunes a viernes de **11 a 14 y de 17 a 20 h.**

TLF.- 91 3084088

FAX.- 91 7000208

Visite nuestra WEB: www.resona.es

RAYOS X.

Toda la información que pueda aportarnos será muy útil, para la realización del informe de su prueba. Ante cualquier duda o información adicional, no dude en hacérselo saber a nuestro técnico.

INFORMACIÓN PARA LA PRUEBA

- ¿Por qué le piden la prueba? _____
- ¿Está usted operado? _____ ¿De qué? _____
- ¿Está dando el pecho? _____
- ¿Está o puede estar embarazada? _____ En caso afirmativo debe usted saber que la prueba está contraindicada en su estado, por lo que ha de comunicarlo al personal de esta clínica y consultar posibles alternativas con su médico.

El abajo firmante declara que se ha puesto a su disposición, en el reverso de esta hoja, información escrita sobre prueba que se ha de realizar. Se le ha permitido hacer las preguntas que ha querido y que de todas ellas ha obtenido una respuesta clara, comprensible y adecuada. Ha estado informado suficientemente del tipo de prueba, de sus riesgos potenciales, de los beneficios que puede obtener. Acepta la realización de la prueba a cambio de un posible beneficio en el proceso asistencial que sigue. Reconoce que someterse a esta prueba, es un acto voluntario, y manifiesta saber que puede cambiar de opinión en cualquier momento. También autorizo a RESONA el uso de las imágenes de mis estudios, debidamente anonimizados con fines educativos.

▪ **PACIENTE: D./Dña.** _____ **DNI.** _____

O REPRESENTANTE LEGAL

Madrid a _____ de _____ de 20 ____

Firma del Paciente o Representante Legal:

RELLENAR POR EL PERSONAL TECNICO DE RESONA.

Conteste Si o No al siguiente cuestionario

He confirmado el nombre con la paciente.	
He confirmado el estudio que hay que realizar al paciente.	
He confirmado la bilateralidad del estudio con la paciente (escribir derecha o izquierda)	

OBSERVACIONES: _____

Nombre y Firma del TER: _____

Instrucciones para la recogida de la prueba

Si acude el **propio paciente**, deberá presentar su DNI para poder retirar los resultados. Si es **persona distinta del paciente**, deberá ser autorizada por el paciente expresamente. Para ello cumplimentará el documento de autorización que se acompaña y lo firmará.

La persona autorizada a la hora de recoger la prueba presentará la autorización y su DNI junto con una copia del DNI del paciente, y firmará esta hoja, señalando la fecha de la entrega. Si el **paciente es menor o incapaz**, sólo se entregarán los resultados a la persona que a la fecha de realizarse las pruebas se consigne como "representante del menor o incapaz" que deberá presentar su DNI para retirarlos.

DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN.

D./D^a _____ con DNI _____ . AUTORIZO a D./D^a _____ con DNI _____ a que comparezca en mi nombre y representación ante RESONA para recoger los resultados de las pruebas a las que se refiere este resguardo.

En Madrid a _____ de _____ de 20 ____

Firma del paciente _____

Firma de la persona que recoge el estudio _____