

# CUESTIONARIO DE SALUD Y SEGURIDAD. ECOGRAFIA.

## INFORMACIÓN SOBRE LA PRUEBA.

1

**¿En qué consiste?** Es una técnica diagnóstica inocua, que utiliza los ultrasonidos para proporcionar imágenes anatómicas. Los ultrasonidos son ondas sonoras de frecuencia superior al rango audible.

**¿Cómo se realiza?** El paciente permanecerá tumbado o sentado, dependiendo de la zona del cuerpo a explorar y del tipo de exploración ecográfica a realizar. La duración de la prueba es variable, en función de la extensión de la zona explorada y de las modalidades de estudio ecográfico.

**¿Qué molestias puede provocar?** Solo las relacionadas con la necesidad de mantener una postura adecuada para realizar el examen, o la necesidad de contener la micción si se requiere explorar la pelvis.

**¿Qué riesgos puede ocasionar?** Al no utilizarse radiaciones ionizantes ni contrastes yodados, la ecografía es una prueba inocua, y que, por tanto, no presenta contraindicaciones a priori. No dude en preguntar todo aquello que no le haya quedado claro.

## 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/ Españolto, 24 bajo de 28010-Madrid.

C.S. ECOGRAFIA Ed. Feb. 2018

## PARA LA RECOGIDA DE PRUEBAS

## ECOGRAFIA

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/ Españolto 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](http://www.resona.es)

## ECOGRAFÍA.

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.



2

### INFORMACIÓN PARA LA PRUEBA.

▪ ¿Por qué le piden la prueba? \_\_\_\_\_

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<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ . AUTORIZO a D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_