

# CONSENTIMIENTO INFORMADO RM

① 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.

Esta prueba puede estar contraindicada, si es usted portador de determinados objetos metálicos **Por favor, infórmenos sobre:**

-¿Le han operado?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	¿De qué? _____
-¿Le han implantado un marcapasos?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
-¿Lleva implantes cocleares? (de oído)	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
-¿Lleva clips quirúrgicos intracraneales?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
-¿Está operado de aneurisma cerebral?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
-¿Lleva algún dispositivo electrónico?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
-¿Lleva expansores mamarios?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
-¿Puede estar usted embarazada?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
-¿Sufre insuficiencia renal?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	

En el caso que el paciente no tenga capacidad de representación.  
Nombre de su representante legal:

**Autorizo a la realización de la prueba** Si  No

**Autorizo la administración de contraste** Si  No

Médico:

FIRMA DEL  
PACIENTE

😊 **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/ España 24, 24 bajo de 28010-Madrid.

**PARA LA RECOGIDA DE PRUEBAS**

**RESONANCIA MAGNETICA**

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/ España 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)

Firma del paciente

**NOTA INFORMATIVA-RESONANCIA MAGNÉTICA.**

**¿En que consiste?** Se trata de una prueba diagnóstica indolora que permite visualizar el interior de una zona del cuerpo (cráneo, tórax, abdomen, huesos, etc...) utilizando la técnica de la resonancia magnética.

Esta técnica obtiene las imágenes estimulando el organismo por la acción de un imán potente produciendo un campo electromagnético y emitiendo ondas de radiofrecuencia. En algunos casos, para delimitar mejor las estructuras del cuerpo es necesario administrar un contraste intravenoso paramagnético.

**¿Cómo se realiza?** El paciente permanecerá tumbado sobre una camilla que se introduce en la unidad de resonancia donde se genera el campo magnético.

La duración de la prueba es de aproximadamente 30 minutos y exige que el paciente permanezca muy quieto, durante toda la prueba ya que las tomas de imágenes son largas (3 a 8 minutos cada secuencia), y en el caso de movimiento no son diagnósticas. El paciente está en todo momento comunicado con el técnico que realiza la prueba.

**¿Qué molestias puede provocar?** La resonancia magnética es indolora y no es invasiva. A diferencia de otras técnicas diagnósticas, no emite radiaciones ionizantes.

La principal molestia, puede provenir por la forma del tubo del equipo de resonancia magnética, que puede resultar no tolerable para las personas que sufren claustrofobia. Si es su caso, por favor, comuníquese al técnico que le atenderá. Durante las secuencias de adquisición de imagen el equipo genera un ruido intenso, que se puede atenuar con algodones o protectores auriculares.

**¿Que riesgos puede ocasionar?** La prueba está absolutamente contraindicada en pacientes portadores de marcapasos. También puede estarlo en caso de algunos implantes metálicos ferromagnéticos, o dispositivos electrónicos.

Si es usted portador/a de algún implante metálico (prótesis, clavos, etc...) o si ha sido sometido/a a alguna intervención quirúrgica, por favor, comuníquese al técnico que le atenderá.

El contraste que se inyecta es normalmente bien tolerado, siendo rarísimas las reacciones alérgicas. En caso de estar en situación de embarazo o lactancia, padecer insuficiencia renal o si ha sufrido alguna vez alguna reacción alérgica, por favor comuníquese al técnico que le atenderá.

En la actualidad no hay evidencia que la resonancia magnética incida negativamente en el feto. Se considera segura en el 2º y 3º trimestre del embarazo, en el caso del 1º trimestre aunque tampoco hay evidencia del daño, se reserva para casos de diagnóstico de enfermedades potencialmente graves para la salud de la madre en los que solo existiera la alternativa de otras pruebas que empleen radiaciones ionizantes.

Debe dejar todos los objetos metálicos, y las tarjetas con banda magnética, fuera de la sala (taquillas).

**No dude en preguntar todo aquello que no le haya quedado claro, solo de esta manera el resultado de la atención a su salud será el mejor posible.**

**RELLENAR POR EL PERSONAL TECNICO DE RESONA.**

	OK	CORREGIR
Nombre y Apellidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estudio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bilateral		
Derecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Izquierdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se administró contraste al paciente?	<b>SI</b> <input type="checkbox"/>	<b>NO</b> <input type="checkbox"/>
Firma del Técnico	Nombre del Técnico	

**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./Dª \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ . AUTORIZO a D./Dª \_\_\_\_\_ 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 2016.

Firma del paciente \_\_\_\_\_

Firma de la persona que recoge el estudio \_\_\_\_\_