

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO
RESONANCIA MAGNÉTICA**

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.



CENTRO SANITARIO Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO
1	DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA RESONANCIA MAGNÉTICA
<p>Este documento sirve para que usted, o quién lo represente, dé su consentimiento para este medio de radiodiagnóstico, eso significa que nos autoriza a realizarla.</p> <p>Usted puede retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida.</p> <p>Antes de firmar, <u>es importante que lea despacio la información siguiente.</u></p> <p>Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.</p>	
1.1	LO QUE USTED DEBE SABER:
<p>Usted va a realizarse una exploración de diagnóstico por imagen llamada Resonancia Magnética que es una técnica que emplea campos magnéticos y ondas de radio. No se emplean rayos X. Creemos que esta prueba va a proporcionar información útil para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad.</p> <p>Esta prueba puede producir una serie de efectos colaterales que usted debe conocer con el objetivo de hacer lo que sea lo más segura posible para usted.</p> <p>Durante la exploración se pueden producir los siguientes efectos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Estimulación neuromuscular (pequeños calambres) que es improbable que se presenten.- Calentamiento del cuerpo- Ruido- Atracción o desplazamiento de cualquier objeto metálico que esté dentro o fuera del cuerpo. Por este motivo, deberá dejar fuera de la sala de exploración cualquier objeto metálico que lleve consigo. Si es portador de algún cuerpo extraño, implante o prótesis interna que pueda tener algún componente metálico, mecánico o electrónico en su composición, no debe entrar en la sala del imán sin haberlo comunicado previamente al personal facultativo encargado de realizarle la exploración. <p>Si es usted mujer, debe informarnos si existe posibilidad de embarazo o está embarazada. Actualmente, el riesgo de la RM durante el embarazo no ha sido demostrado, no habiéndose descrito efectos adversos sobre el embrión/feto en mujeres embarazadas.</p>	

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO RESONANCIA MAGNÉTICA

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.



CENTRO SANITARIO Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO
<p>Rellene el siguiente formulario marcando con un círculo el que corresponda en cada caso: Es usted portador de:</p> <ul style="list-style-type: none">- Marcapasos: (Sí) (No)- Desfibrilador: (Sí) (No)- Neuroestimulador: (Sí) (No)- Válvula cardíaca: (Sí) (No)- Dispositivo intravascular (stent, coil, filtro, etc, ...) (Sí) (No)- Prótesis dental: (Sí) (No)- Virutas metálicas intraoculares: (Sí) (No)- Clip aneurismas: (Sí) (No)- Prótesis/implante metálico: (Sí) (No)- Implante oído medio-interno: (Sí) (No)- Posible embarazo: (Sí) (No)- Catéter IV con metal: (Sí) (No)- Catéter derivación ventricular: (Sí) (No)	
<p>INFORMACIÓN SOLO PARA ESTUDIOS CON CONTRASTE:</p> <p>Como parte de a exploración, a veces, es necesaria la administración de un medio de contraste. Esta sustancia, tras inyectarse por una vena, permite ver mejor algunos órganos internos, estudiar si tienen lesiones y de qué tipo son. Aunque en casos concretos, pueden existir procedimientos diagnósticos alternativos la información que se obtiene con ellos puede ser menor o entrañar un mayor riesgo.</p> <p>En la mayoría de los casos la inyección intravenosa de contraste, no produce molestia alguna, sin embargo, ocasionalmente, pueden producirse efectos secundarios, generalmente de tipo menor que no requieran tratamiento médico. En casos excepcionales pueden darse reacciones graves que podrían conducir a la muerte.</p> <p>Si usted tiene historia alérgica (a contraste iodado, a otros fármacos, asma y otras enfermedades respiratorias alérgicas), padece del corazón o tiene insuficiencia renal, debe ponerlo en conocimiento del facultativo encargado de la exploración.</p> <p>Debe saber que hoy en día no hay ninguna prueba que permita conocer en qué persona se va a producir una reacción adversa al contraste.</p>	

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO RESONANCIA MAGNÉTICA

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.



CENTRO SANITARIO Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO
--	-------------------------------------

(En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal)

(En el caso del MENOR DE EDAD, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión. Si el paciente está emancipado o tiene 16 años cumplidos será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la decisión).

2	CONSENTIMIENTO INFORMADO	
2.1	DATOS DEL/ DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE (sólo en caso de incapacidad del/de la paciente)	
	APELLIDOS Y NOMBRE DEL PACIENTE	DNI/NIE
	APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL	DNI/NIE

2.2	PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO	
	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA FIRMA
	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA FIRMA
	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA FIRMA
	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA FIRMA
	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA FIRMA

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO
RESONANCIA MAGNÉTICA**

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.



CENTRO SANITARIO Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO
--	-------------------------------------

2.3 | CONSENTIMIENTO RM

Yo, D/Dña., manifiesto que estoy conforme con el consentimiento que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consiente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

Autorizo que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la exploración, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la misma.

SÍ NO

Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

SÍ NO

Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.

SÍ NO

Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

SÍ NO

NOTA: Márquese con una cruz.

En a de de

EL/LA PACIENTE

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (solo en caso de incapacidad del paciente)

Fdo.:

Fdo.:

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO
RESONANCIA MAGNÉTICA**

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.



CENTRO SANITARIO Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO
--	-------------------------------------

2.3 | CONSENTIMIENTO PARA USO DE CONTRASTE

Yo, D/Dña., manifiesto que estoy conforme con el consentimiento que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consiente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

Autorizo que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la exploración, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la misma.

SÍ NO

Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

SÍ NO

Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.

SÍ NO

Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

SÍ NO

NOTA: Márquese con una cruz.

Ena.....de.....de.....

EL/LA PACIENTE

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (solo en caso de incapacidad del paciente)

Fdo.:

Fdo.:

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO
RESONANCIA MAGNÉTICA

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.



CENTRO SANITARIO Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO
--	-------------------------------------

2.4	RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN
<p>Yo, D/Dña., no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.</p>	
En a de de	
EL/LA PACIENTE	EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (solo en caso de incapacidad del paciente)
Fdo.:	Fdo.:

2.4	REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO
<p>Yo, D/Dña., de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.</p>	
En a de de	
EL/LA PACIENTE	EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (solo en caso de incapacidad del paciente)
Fdo.:	Fdo.:

Le informamos que el responsable del tratamiento de sus datos clínicos es Clínica Parejo y Cañero, S.L. que en cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, sus datos serán tratados en nuestros ficheros, cuya finalidad principal es la prestación y seguimiento de la asistencia sanitaria o proceso clínico. Los interesados pueden ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad y la limitación u oposición a los tratamientos dirigiéndose por escrito al domicilio social del centro situado en C/Cuesta del Molino nº48, 14500 Puente Genil (Córdoba) o mediante envío de un correo electrónico a proteccion.datos@clinicapyc.com, adjuntando copia de DNI u otro documento identificativo.