



Consentimiento Informado para Resonancia Magnética

Fecha:.....EstudioNº:.....Fecha de Nacimiento:.....

Paciente:.....

Parte del cuerpo a estudiar:.....Peso:.....

La Resonancia Magnética NO utiliza Rayos X ni otro tipo de Radiaciones Ionizantes, y no se conoce que produzca efectos dañinos para el organismo. Es IMPRESCINDIBLE para el diagnóstico que usted este quieto/a, sin moverse durante toda la exploración, respirando tranquilamente. Podrá hablar con el personal técnico a través de una línea microfónica.

Indique al personal sanitario si:

Es portador de elementos metálicos (metralla, clips, prótesis...) o sospecha que tiene virutas metálicas, especialmente en los ojos o cerca o (para mujeres) si está embarazada o cree estarlo.

Indique por favor si lleva o tiene:

Clips para aneurisma___	Marcapasos cardíaco___
Neuroestimuladores ___	Válvulas cardíacas ___
Bomba de insulina ___	Tatuajes o piercing ___
Virutas metálicas, metralla___	Prótesis metálicas___
Grapas, placas o tornillos___	Sonotone___

AVISO: No podrá acceder a la sala de exploración con tarjetas de crédito ni otros objetos que puedan ser alterados por el campo magnético. No podrá portar joyas, relojes, ganchillos, horquillas, llaves, gafas ni ningún otro objeto metálico.

Don/Dña.....manifiesto que he sido informado/a acerca de la exploración que me van a realizar. Doy mi consentimiento para la realización de la exploración de Resonancia Magnética y me reservo la capacidad de revocarlo.

Fecha:..... DNI:.....

Firma:

En caso de incapacidad del paciente, indique nombre del representante legal, indicando el carácter con el que interviene (madre, padre, tutor, etc.).....

*Si necesita cualquier tipo de aclaración, no dude en consultarnos.

Información revisada (firma técnico)