

Pegatina con datos personales

**FICHA PACIENTE** (Conteste el siguiente cuestionario y señale lo que corresponda):

Datos generales		Observaciones a completar por el técnico	
Peso en Kg.			
Se ha hecho anteriormente alguna prueba de este tipo	SI NO		
Posibilidad de embarazo	SI NO		

**Solo para pacientes de resonancia magnética**

Marcapasos	SI	NO	
Válvulas	SI	NO	
Clips quirúrgicos	SI	NO	
Prótesis (vasculares, articulares, dentales, de oído medio)	SI	NO	
Sonotone (aparato de oído)	SI	NO	
Bomba de insulina	SI	NO	
Metrala	SI	NO	
Virutas metálicas en los ojos	SI	NO	
Tatuajes	SI	NO	
Placas o clavos metálicos	SI	NO	
Trabajador con material metálico: soldadores, etc.	SI	NO	
Parque Cutáneo	SI	NO	
Dispositivo intrauterino (DIU)	SI	NO	
Otros materiales metálicos en el cuerpo	SI	NO	
Claustrofóbico	SI	NO	

**Solo en caso de contraste o con posibilidad de su administración**

Ha tenido problemas alguna vez con la administración de contraste	SI	NO	
Alérgico a alguna sustancia	SI	NO	
Hipertiroidismo	SI	NO	
Tiene mas de 60 años, y además es hipertenso y diabético	SI	NO	
Insuficiencia renal o trasplante hepático o pretrasplante	SI	NO	
Toma Metformina (antidiabético oral)	SI	NO	
Lleva 6 horas en ayunas	SI	NO	

**PROTECCIÓN DE DATOS:**

En virtud de la legislación de Protección de Datos de Carácter Personal, se le comunica que los datos que nos facilite quedarán incorporados en los ficheros de este centro, con el fin de poderle prestar asistencia sanitaria, recordarle sus citas o revisiones y mantenerle informado sobre nuestros centros y servicios. Además, Ud. autoriza al Centro para que le llame a viva voz por su nombre y apellidos en las salas de espera, únicamente, con la finalidad de indicarle que ha llegado su turno y debe pasar para ser atendido. Si no está de acuerdo en este punto, debe indicarlo en el mostrador antes de ser avisado.

Con la misma finalidad podrán cederse sus datos a la compañía, mutua, o entidad pública o privada que, en su caso, le haya derivado a este centro, así como a los centros que integran el Grupo con el fin de gestionar su historia clínica única y ofrecerte un servicio más eficaz. Si no desea que se realice cualquiera de estas cesiones solicite la hoja de negativa de cesiones en el mostrador de Admisión.

Podrá ejercitar sus derechos de oposición, acceso, rectificación ó cancelación dirigiendo un escrito al responsable de Calidad del Centro a esta entidad: C/ Recondo, s/n de Valladolid. Para ello, puede solicitar y entregar el formulario que se encuentra a su disposición en el mostrador de Admisión.

Si no desea ser informado sobre nuestros centros y servicios marque esta casilla.

**Firma:** Declaro que son ciertos todos los datos facilitados. Familiar, tutor o acompañante

A CUMPLIMENTAR POR EL TÉCNICO:	
Fecha .....	Pruebas realizadas .....
<b>Antecedentes y observaciones:</b>	
.....	
CONTRASTE: Tipo/Concent .....	Cant..... Lote .....
Problemas (Contraste): .....	
ANESTESIA: Tipo/Concent.....	Cant..... Lote .....
Problemas (Anestesia): .....	
Otra Medicación administrada y dosis: .....	
Prueba <b>NO</b> terminada: Miedo/claustrofobia    Sin preparación    Avería    No colabora    Material incompatible    Otros	

Pegatina con datos personales

## CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS:

En virtud de la legislación de Protección de Datos de Carácter Personal, se le comunica que los datos que nos facilite quedarán incorporados en los ficheros de este Centro, con el fin de poderle prestar asistencia sanitaria, recordarle sus citas o revisiones y mantenerle informado sobre nuestros centros y servicios. Además, Ud. autoriza al Centro para que le llame a viva voz por su nombre y apellidos en las salas de espera, únicamente, con la finalidad de indicarle que ha llegado su turno y debe pasar para ser atendido. Si no está de acuerdo en este punto, debe indicarlo en el mostrador antes de ser avisado.

Con la misma finalidad podrán cederse sus datos a la compañía, mutua, o entidad pública o privada que, en su caso, le haya derivado a este centro, así como a los centros que integran el Grupo con el fin de gestionar su historia clínica única y ofrecerle un servicio más eficaz. Si no desea que se realice cualquiera de estas cesiones solicite la hoja de negativa de cesiones en el mostrador de Admisión.

Podrá ejercitar sus derechos de oposición, acceso, rectificación ó cancelación dirigiendo un escrito al responsable de Calidad del Centro a esta entidad: C/ Recondo, s/n (Estación de Ferrocarril) de Valladolid. Para ello, puede solicitar y entregar el formulario que se encuentra a su disposición en el mostrador de Admisión.

Si no desea ser informado sobre nuestros centros y servicios, marque esta casilla.

**FIRMA:** Declaro que son ciertos todos los datos facilitados