
 <b>UNIVERSIDAD DE GRANADA</b>	REGISTRO ESPECÍFICO	RE16-58-CSP	Página 1 de 3 N° Revisión: 4 15/02/2019	 <b>Centro de Instrumentación Científica</b>
	<b>CUESTIONARIO DE SEGURIDAD Y AUTORIZACIÓN PARA INFORMAR PARA LOS PARTICIPANTES EN RESONANCIA MAGNÉTICA FUNCIONAL</b>			

**La información de este cuestionario es confidencial. Es importante que lo complete con cuidado y aportando toda la información que se le solicita. Por favor, escriba de forma legible y en mayúsculas, y conteste marcando con una X en las casillas. Consulte al técnico de Resonancia Magnética (RM) si tiene alguna duda al realizar este cuestionario o antes de entrar en la habitación del sistema RM. Es muy importante para usted.**

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ años Altura \_\_\_\_ metros Peso \_\_\_\_ Kg Hombre ☐ Mujer ☐

1. ¿Ha sufrido previamente una operación? No ☐ Si ☐

Si ha contestado afirmativamente, por favor, indique el tipo de operación:

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tipo de operación \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tipo de operación \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tipo de operación \_\_\_\_\_

2. ¿Tiene un marcapasos? No ☐ Si ☐

3. ¿Ha tenido algún problema relacionado con la aplicación de la técnica de resonancia magnética (RM)? No ☐ Si ☐

En caso afirmativo, describa el problema: \_\_\_\_\_

4. ¿Ha sufrido algún daño en el ojo debido a algún objeto metálico (astilla, cuerpo extraño en el ojo, etc.)? No ☐ Si ☐

En caso afirmativo, descríbalos: \_\_\_\_\_

5. ¿Tiene algún objeto metálico en su cuerpo (p.e. prótesis)? No ☐ Si ☐

En caso afirmativo, descríbalos: \_\_\_\_\_

6. ¿Está tomando alguna medicación? No ☐ Si ☐

¿Cuál? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. ¿Sufre alguna enfermedad actualmente o ha tenido problemas de salud en el pasado? No ☐ Si ☐

¿Cuál? \_\_\_\_\_

8. ¿Tiene algún tipo de Alergia? No ☐ Si ☐



¿Cuál? \_\_\_\_\_

9. ¿Se corrige la vision con gafas o lentillas? No ☐ Si ☐

¿ Se operó de la vision ? \_\_\_\_\_

**Para mujeres participantes:**

10. ¿Está embarazada o existe la posibilidad de que pueda estarlo? No ☐ Si ☐

 <b>UNIVERSIDAD DE GRANADA</b>	REGISTRO ESPECÍFICO	RE16-58-CSP	Página 2 de 3 N° Revisión: 4 15/02/2019	 <b>Centro de Instrumentación Científica</b>
	CUESTIONARIO DE SEGURIDAD Y AUTORIZACIÓN PARA INFORMAR PARA LOS PARTICIPANTES EN RESONANCIA MAGNÉTICA FUNCIONAL			

**AVISO:** Ciertos implantes y objetos pueden ser peligrosos para usted o interferir con el procedimiento RM. **No entre** en la habitación del sistema RM si tiene alguna duda sobre un implante, o algún objeto que lleve encima. Consulte al Técnico de la RM antes de entrar la habitación. El sistema RM está **siempre** encendido.

**Por favor, indique si tiene:**

Un tatuaje o maquillaje permanente	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Un piercing en alguna parte de su cuerpo	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Cualquier retenedor, bráqueto, implante, tornillo o empaste en boca	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Dentaduras o aparatos dentales	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Aparatos auditivos	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Parches de Nicotina o nitroglicerina	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Puntos quirúrgicos, tornillos, suturas metálicas	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Cualquier Prótesis (rodilla, cadera, mama, pene, ojos etc.)	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Implantes magnéticos o electrónicos	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Implantes radiactivos	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Electrodos internos	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Parches transdérmicos de medicación con soporte metálico	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Equipos de inyección de medicinas	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Pierna artificial	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Implantes de cualquier tipo	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
DIU o diafragmas o espirales metálicas contraceptivas	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Esquirlas de metal en ojos o ha sido trabajador del metal	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Pinzas o clips de aneurismas	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Sistemas de neuroestimulación	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Estimulador de la Espina dorsal	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Cualquier tipo de estimulador	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Dispensador de insulina u otra medicación	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Bomba de insulina	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Válvula cardíaca artificial	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Muelle o alambre en los párpados	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Marcapasos metálicos, filtros	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Anus praeter (ano artificial) con cierre magnético	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Catéter o puertos de acceso vascular	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Implante de desfibrilador cardíaco (IDC)	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Cateterismo cardíaco Swan-Ganz o catéter de termomodulación	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Implantes cocleares, otológicos u otros implantes de oído	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Shunt espinal o intraventricular	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Problemas de respiración o de movimiento	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Claustrofobia (miedo a espacios cerrados)	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Se encuentra acatarrado o resfriado	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Presenta fiebre o calentura	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Lleva fibras capilares en el pelo	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
¿Es diabético o diabética o sufrió de diabetes?	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>

**Antes de entrar a la habitación de la RM debe quitarse TODOS los objetos metálicos incluidos los pendientes, dentaduras, llaves, teléfonos móviles, gafas, horquillas y pinzas del pelo, sortijas, pulseras, colgantes del cuello, collares, clips, tarjetas magnéticas, tarjetas de crédito, bolígrafos, herramientas, navajas, ropa con cremalleras metálicas, etc. Algunas fajas, sostenes y sujetadores pueden contener piezas metálicas. Consulte con el técnico de RM para evitarle heridas y quemaduras.**



**Por favor, PREGUNTE al técnico ANTES de entrar en la habitación de la RM si tiene alguna pregunta o duda.**

**Aviso: Es posible que se le pida que se ponga unos auriculares o tapones de los oídos para amortiguar el ruido que produce la RM.**

**Para su comodidad pida ir al aseo antes de entrar a la resonancia y si cree tener fiebre o una temperatura no habitual comuníquese inmediatamente al técnico de RM.**

Declaro que la información que he escrito en contestación al cuestionario es correcta. He leído y entendido toda la información de este documento y he tenido la oportunidad de preguntar al operador de la RM mis dudas sobre la información en este documento y sobre el procedimiento de RM

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

 <b>UNIVERSIDAD DE GRANADA</b>	REGISTRO ESPECÍFICO	RE16-58-CSP	Página 3 de 3 N° Revisión: 4 15/02/2019	 <b>Centro de Instrumentación Científica</b>
	CUESTIONARIO DE SEGURIDAD Y AUTORIZACIÓN PARA INFORMAR PARA LOS PARTICIPANTES EN RESONANCIA MAGNÉTICA FUNCIONAL			

D./D<sup>a</sup>..... como participante en resonancia magnética por el presente documento quiero dar mi consentimiento expreso y otorgar así mi permiso para que se me informe de manera telefónica de algún hallazgo casual de relevancia que se pueda encontrar en las resonancias adquiridas como consecuencia de mi participación en los experimentos allí realizados. Para ello mi número de teléfono es .....

En Granada a.....de.....de 20.....

Fdo.: .....

---

**NO RELLENAR.**  
**PARA USO INTERNO DE LA UNIDAD DE RM**

Nombre del responsable: \_\_\_\_\_

Referencia del proyecto: \_\_\_\_\_

Este documento lo han revisado el responsable y el técnico de la RM y está actualizado en el momento de escanear.

El participante ha mencionado información que hace necesario  
comprobar si es seguro realizar una RM en este momento:      No ☐      Si ☐

Es seguro realizar la RM al participante en este momento:      No ☐      Si ☐

Nombre del técnico: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_