



La información de este cuestionario es confidencial. Es importante que lo complete con cuidado y aportando toda la información que se le solicita REFERIDA AL MENOR DE EDAD. 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 el menor.

Fecha de nacimiento ... / ... / ... Edad ..... Altura ..... Peso ..... Hombre ☐ Mujer ☐ Otros ☐  
                                         día mes año                                           años                                           metros                                           Kg

1. ¿Ha sufrido previamente una operación? SI ☐ NO ☐

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? SI ☐ NO ☐

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

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.)? SI ☐ NO ☐

En caso afirmativo, describa el problema:

.....

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

En caso afirmativo, describa el problema:

.....

6. ¿Está tomando alguna medicación? SI ☐ NO ☐

¿Cuál? .....

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

¿Cuál? .....

8. ¿Tiene algún tipo de Alergia? SI ☐ NO ☐

¿Cuál? .....

.....

9. ¿Se corrige la visión con gafas o lentillas? SI ☐ NO ☐

¿Se operó la visión?

SI ☐ NO ☐

.....

#### Para mujeres participantes:

10. ¿Está embarazada o existe la posibilidad de que pueda estarlo? SI ☐ NO ☐



**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 (el menor):**

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

**Antes de entrar a la habitación de la RM debe quitársele al menor 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 del menor: .....

Nombre del padre / madre o tutor: ..... Fdo.:

Fecha: .....



¿Se ha realizado alguna resonancia en este centro hace menos de seis meses?

SI ☐ NO ☐

Si no es así permítanos por favor que un médico revise las imágenes:

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:

SI ☐ NO ☐

Es seguro realizar la RM al participante en este momento:

SI ☐ NO ☐

Nombre del técnico: .....

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

Fdo.:

**Al Centro de Instrumentación Científica**

| Información básica sobre protección de sus datos personales aportados |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Responsable:</b>                                                   | UNIVERSIDAD DE GRANADA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Legitimación:</b>                                                  | La Universidad se encuentra legitimada para el tratamiento de sus datos personales por ser necesario para la ejecución de un contrato, en el que el interesado es parte, o para la aplicación, a petición de éste, de medidas precontractuales (art. 6.1.b) del Reglamento General de Protección de Datos).                                                                                                                               |
| <b>Finalidad:</b>                                                     | Constancia fidedigna de autorización de realización RMF.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Destinatarios:</b>                                                 | No se prevén comunicaciones de datos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Derechos:</b>                                                      | Tiene derecho a solicitar el acceso, oposición, rectificación, supresión o limitación del tratamiento de sus datos, tal y como se explica en la información adicional                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Información adicional:</b>                                         | Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos, en función del tipo de tratamiento, en la UGR en el siguiente enlace: <a href="https://secretariageneral.ugr.es/pages/proteccion_datos/leyendas-informativas/_img/informacionadicionalgestioneconomicaconterceros">https://secretariageneral.ugr.es/pages/proteccion_datos/leyendas-informativas/_img/informacionadicionalgestioneconomicaconterceros</a> |