



PROMOCIONES TÉCNICAS MÉDICAS S.A.

PROTECME, S.A.
GENERAL ARRANDO 30
TELEF. : 91- 308.57.58
FAX. : 91- 308.55.99
28010 MADRID

Nº de Historia Clínica : _____	

APELLIDOS	

NOMBRE	

DIRECCIÓN	

POBLACIÓN	
Fecha de Nacimiento _____	Edad _____

INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE ERGOMETRÍA (PRUEBA DE ESFUERZO) EN EL CENTRO DE DIAGNÓSTICO FUNCIONAL

INFORMACIÓN:

Para valorar la respuesta de su corazón al ejercicio y conseguir importante información para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad, se le aconseja realizar una Ergometría.

Con anterioridad (consulta, hospitalización, etc), un cardiólogo le habrá interrogado y explorado y le habrá realizado un electrocardiograma para excluir una posible contraindicación.

Caminará sobre una cinta rodante cuya velocidad y pendiente aumentará cada pocos minutos hasta que el cansancio, la fatiga o la aparición de algún síntoma (dolor en el pecho, sensación de mareo, etc), no le permita continuar. Se le inyectará una sustancia llamada isótopo para completar la prueba Medicina Nuclear. Durante la prueba estará presente siempre un/una médico que vigilará su presión arterial y la monitorización continua de su electrocardiograma. En cualquier momento podrá suspender la prueba si no desea continuar realizándola.

RIESGOS: Aunque son poco frecuentes, durante la prueba pueden aparecer algún tipo de arritmia, modificaciones anormales de la presión arterial, síncope o mareo, angina severa o incluso tener un ataque cardíaco. Existe una muy infrecuente posibilidad de que alguna de estas complicaciones puedan comprometer su vida. Los médicos / enfermeras que realizan la prueba tomarán las medidas preventivas que en cada caso consideren oportunas y la suspenderán en el momento en que pueda aparecer cualquier complicación iniciando la actuación de un equipo de urgencia.

BENEFICIOS: Conseguir el diagnóstico de la enfermedad cardíaca responsable de sus síntomas y valorar científicamente la capacidad de esfuerzo de su corazón, el pronóstico de su enfermedad, la posible aparición de complicaciones futuras y el resultado del tratamiento médico o quirúrgico al que haya sido sometido.

En caso de estar interesados, el personal del Centro tiene a su disposición toda la metodología de esta prueba.

CONSENTIMIENTO

D./Dña. después de haber leído lo anterior y de que le hayan aclarado las posibles dudas que pudiera tener, se considera correctamente informado, comprende el significado y la necesidad de realizar esta exploración y **CONSIENTE** en realizar dicha PRUEBA DE ESFUERZO.

El titular autoriza a que sus datos de salud sean tratados en nuestra base de datos con el fin de poder realizar la prueba de med nuclear.

Las respuestas a las preguntas planteadas tienen carácter obligatorio, en caso de no suministrar los datos anteriores, no podremos atender la realización de la prueba.

El consentimiento se entenderá prestado en tanto no comunique por escrito la revocación del mismo.

El titular de los datos se compromete a comunicar por escrito a la compañía cualquier modificación que se produzca en los datos aportados.

Madrid, de de 2.0....

Firma del paciente,
DNI

Firma de familiar
DNI

Firma del médico,
Col. nº

NO CONSIENTO en realizar la prueba de esfuerzo, liberando al Centro de Diagnóstico Funcional de TECDIMA,S.A. de las responsabilidades que sobre mi caso se deriven por la falta de información científica que no se haya podido obtener con esta exploración.

Madrid, de de 2.0....

Firma del paciente,
DNI

Firma de familiar
DNI

Firma del médico,
Col. nº

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, CENTRO DE RESONANCIA MAGNÉTICA le informa que sus datos personales serán tratados y quedarán incorporados en ficheros registrados en la Agencia Española de Protección de Datos, cuyos responsables son las diferentes entidades sanitarias que desarrollan su actividad asistencial de diagnóstico por la imagen en el centro (PROMOCIONES TÉCNICAS MÉDICAS, S.A. TECNOLOGÍAS DE LA IMAGEN MADRILEÑAS, S.A. y JOSÉ ORTIZ BERROCAL), únicamente en aquellos supuestos en que sea necesario que las mismas accedan y traten dicha información para facilitarle asistencia médica, con la finalidad de gestionar la prestación del servicio médico requerido y cumplir con las obligaciones legales derivadas de la actividad del Centro.

Si la asistencia sanitaria se realizara en base a concertos con entidades aseguradoras y hospitales públicos o al amparo de pólizas o coberturas de las que Ud., como paciente, sea beneficiario, el Centro podrá facilitar la información de los servicios prestados a las mismas, pues resultan imprescindibles para tal cobertura y su facturación. También podrán cederse sus datos al Servicio Madrileño de Salud en los casos previstos legalmente.

En todo caso, usted puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose por escrito a una o varias de las entidades descritas en el presente aviso legal, a la siguiente dirección: C/ General Arrando 30, Madrid; C.P. 28010.