



Capítulo 3. Cuestionarios

Índice

3.1. CUESTIONARIO MEDICAMENTOS	1
3.1.1. Procedimiento previo a la prueba	1
3.1.2. Material necesario.....	2
3.1.3. Procedimiento durante la prueba	2
3.1.4. Variables de lista de medicamentos.....	2
3.2. CUESTIONARIO COMPATIBILIDAD MRI	3
3.2.1. Procedimiento previo a prueba.....	3
3.2.2. Procedimiento durante la prueba	3
3.2.3. Transferencia de Datos.....	4
3.3. BATERÍA DE CUESTIONARIOS PARA EVALUACIONES	5
3.3.1. Material necesario.....	5
3.3.2. Procedimiento previo a prueba.....	5
3.3.3. Procedimiento día de prueba.....	7
- Pautas estandarizadas:	7
- Realización de cuestionarios.....	7
3.3.4. Procedimiento posterior a prueba	8
- Revisión de datos y validación en REDCAP	8
- Escaneo y guardado de datos en REDcap (en caso excepcional).....	8
4. Referencias.....	8
5. Anexo 3.1. Cuestionario seguridad MRI	10

3.1. CUESTIONARIO MEDICAMENTOS

3.1.1. Procedimiento previo a la prueba

Se les pedirá a los participantes que traigan un listado de la medicación que toman en su día a día, especificando cuanto tiempo llevan tomándolas. En caso de que no toman ninguna medicación no sería necesario. Esta prueba se llevará a cabo en el Instituto Mixto Universitario de Deporte y Salud (iMUDS) por algún@ de l@s evaluador@s del proyecto Heart-Brain. Además de preguntar al participante dispondremos del informe de medicamentos actualizado en su historial médico proporcionado por los sanitarios del equipo. Este listado de medicación también será requerido para llenar el cuestionario de MRI en el Anexo 3.1 Cuestionario seguridad MRI.



3.1.2. Material necesario

- Tablet
- Lista de medicamentos (RedCap).

3.1.3. Procedimiento durante la prueba

Introducción de datos a RedCap.

Ingresar en <https://www.ctsiredcap.pitt.edu/redcap/index.php>. Una vez nos encontramos en la página principal, tendremos que acceder mediante uno de los usuarios autorizados: Usuario: **XXX**; Contraseña: **XXX**

El investigador preguntará al participante sobre los siguientes aspectos, que serán cumplimentados directamente en REDCap: Los medicamentos prescritos en la actualidad, el tiempo de uso, y la frecuencia y cantidad ingerida de cada uno. Constatar el medicamento introducido con el listado de medicamentos.

Abrimos el instrumento de **REDCAP – Medical records** e introducimos:

- Subject ID
- Staff ID -data introducer
- Staff ID- evaluator
- Date
- Variables de lista de medicamentos
- Medical examination completed

3.1.4. Variables de lista de medicamentos

Lista de medicamentos:

- **ANTIAGREGANTES:** AAS, clopidogrel, prasugrel, ticagrelor.
- **ANTICOAGULANTES:** sintrom, apixaban, rivaroxaban, dabigatran, edoxaban.
- **HEPARINAS:** Bemiparina, Enoxaparina.
- **ESTATINAS:** Atorvastatina, Rosuvastatina, Simvastatina, Pravastatina. Pitavastatina.
- **BETABLOQUEANTES:** bisoprolol, atenolol, nebivolol, propranolol.
- **IECAS:** enalapril, ramipril, captoril, lisinopril.
- **ARAI:** losartan, irbesartan, olmesartan, candesartan, valsartan.
- **INHIBIDORES PCSK9:** Alirocumab, Evolocumab
- **EZETIMIBA,**
- **FIBRATOS:** fenofibrato,
- **IVABRADINA**
- **AC. OMEGA3.**
- **CALCIO**
- **ANTAGONISTAS**
- **DIURÉTICOS**
- **ANTI-ALDOSTERONICOS**
- **OTROS**



3.2. CUESTIONARIO COMPATIBILIDAD MRI

3.2.1. Procedimiento previo a prueba

El participante debe ser compatible con MRI, sin implantes metálicos que puedan ser un peligro para su seguridad y no ser claustrofóbico. Esto se considera parte de los criterios de elegibilidad para el proyecto. Para evaluar la compatibilidad con MRI, se formularán una serie de preguntas durante la semana inicial sobre cirugías y operaciones anteriores, lesiones que involucran objetos metálicos, implantes que contienen metal, como derivaciones u otros dispositivos metálicos (Anexo 3.1 Cuestionario seguridad MRI). Si se descubre que el participante tiene un dispositivo metálico implantado en su cuerpo, la decisión inicial es que no es elegible para el estudio, sin embargo, si el participante tiene conocimiento de que su dispositivo es seguro para la MRI, se necesitará más información relacionada con el dispositivo, incluida la marca, el modelo y la ubicación en el cuerpo, para enviar esta información al radiólogo. Finalmente, el radiólogo debe confirmar la compatibilidad del dispositivo para la MRI enviando al técnico de resonancia un correo con el ID del participante para tomar la decisión final. Esta información debe obtenerse lo más rápido posible para no retrasar las sesiones de evaluación y al mismo tiempo asegurarse de que el participante esté seguro para continuar en el estudio. Con todo esto, se pretende evitar que el participante firme consentimiento para comenzar las evaluaciones y luego encuentre un retraso mientras se obtiene información sobre la seguridad del dispositivo metálico implantado en su cuerpo.

3.2.2. Procedimiento durante la prueba

Cuestionario MRI: el participante debe cumplimentar el **Anexo 3.1 Cuestionario seguridad MRI**. Sí tuviera cualquier implante médico, operación o similar, ese mismo día deberá de entregar el historial médico que haga referencia al mismo si puede disponer de él. Para facilitar el acceso al historial médico, se facilitará al participante la ayuda a consultar y descargarlo en la aplicación *clicsalud* del servicio andaluz de salud, con su usuario y contraseña, por la que tendrán acceso a todos los informes médicos, y directamente se guarda una copia de lo relativo a la compatibilidad de MRI: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/clicsalud/>. Si no puede disponer del informe, será el radiólogo del equipo quien compruebe su historial. Por último, en **todos los casos** que contesten afirmativo a las *preguntas 1, 4 o 5*, se solicitará al participante que escriba específicamente que no supone una incompatibilidad, (siempre que así sea), especificando:

- a. Pregunta 1 y 5. El material no es metálico, es de titanio u otro material en concreto. E incluir una frase en la página 2 firmada por el participante que confirme la certeza de la situación: “*Yo, XXXX, certifico que el implante no es de material metálico, siendo de xxx. La operación se realizó en el Hospital XXX de Granada, en el año XXX. Firma*”
- b. Pregunta 4. Se extrajo por completo el objeto, si se clavo algún objeto metálico o similar. E incluir una frase en la página 2 firmada por el participante que confirme la certeza de la situación: “*Yo, XXXX, certifico que de la esquirla del ojo, no queda resto alguno habiéndose extraído íntegramente. Firma*”



UNIVERSIDAD
DE GRANADA

3.2.3. Transferencia de Datos.

Para finalizar, tendremos que escanear:

- El **Anexo 3.1 Cuestionario seguridad MRI** junto con cualquier historial medico que nos haya entregado el participante, en un mismo pdf, y lo archivaremos en el servidor: *ruta_oculta_en_documento_público*; con la nomenclatura de *10X_T_MRI*, siendo 10X el ID participante y T el tiempo en el que se pasó el test (pudiendo ser: 1: Pre-intervención; 3: Post-intervención). Ejemplo de participante: *101_1_MRI*.



3.3. BATERÍA DE CUESTIONARIOS PARA EVALUACIONES

Uno de los objetivos secundarios del estudio Heart-Brain es evaluar el efecto de un programa de entrenamiento de 3 meses de duración sobre la salud mental y otros indicadores relacionados con la funcionalidad y calidad de vida. Por lo tanto, es fundamental que se recopilen datos estándar, confiables y de alta calidad durante el transcurso del estudio. Entre otras variables se medirán el estado de ánimo, la personalidad, historial de salud, conducta alimentaria, y otras medidas de salud física y socioemocional. Es imperativo que todo el personal que administra las pruebas cumpla con los estándares de procedimiento descritos en este protocolo. Los cuestionarios se realizarán en **dos ocasiones** al inicio (T1), y después de los 3 meses de intervención (T3). Los cuestionarios serán administrados mediante la herramienta de entrevista de la plataforma RedCap en 2 sesiones de evaluación diferentes para T1 y T3. Los cuestionarios están divididos entre sesiones evitando medir constructos similares en la misma sesión, para no fatigar al participante.

3.3.1. Material necesario

Todos los cuestionarios que deben llenar los participantes estarán prediseñados en la plataforma REDCap y, por tanto, se realizarán directamente desde ahí a través de un link de acceso. También habrá copias impresas de los cuestionarios guardadas en la estantería 1 del armario de la sala de fisioterapia del iMUDS. Por tanto, el material necesario sería:

- Ordenador/iPAD con acceso a internet específico para cada sesión.
- Cartel “Prueba en Proceso, No molestar”
- Cuestionarios en papel (en caso de que haya algún error informático)

3.3.2. Procedimiento previo a prueba

Opción 1.

No existe un procedimiento estandarizado previo a la administración de cuestionarios. Simplemente se deberán comprobar el día anterior a la prueba, los siguientes ítems:

- El ordenador/iPAD donde se llevarán a cabo los cuestionarios tienen el acceso a internet adecuado y los enlaces de RedCap funcionan correctamente.
- Disponer de al menos una copia por participante de cada uno de los cuestionarios a realizar en dicha sesión.

Además, el evaluador debe estar completamente familiarizado con todos los cuestionarios antes de administrarlos, ya que esto permitirá que las preguntas e inquietudes de los participantes se aborden más fácilmente. En la **tabla 1** se detallan los cuestionarios específicos que se administraran en cada sesión. Por lo que el día anterior a la sesión, se deben revisar los anexos correspondientes a los cuestionarios que aparecen en la tabla 1 en función de la sesión específica.

Cuestionarios 1

- Escala de depresión geriátrica (GDS)
- Cuestionario de valoración del estado de forma (IFIS)
- Cuestionario lateralidad
- Historial de salud y variables sociodemográficas
- Cuestionario de dieta mediterránea



Cuestionarios 2

- Cuestionario de salud y calidad de vida (SF-36)
- Escala de ansiedad y depresión (HADS)
- Escala de estrés percibido (PSS)
- Escala de soledad (UCLA-L)
- Apoyo social (SPS)
- Escala de autoestima de Rosemberg (RSE)
- Actividades de la vida diaria
- Cuestionario de fragilidad

Tabla 1. Organización por sesiones de cuestionarios Heart-Brain.

Opción 2. Con previo envío.

No obstante se pueden enviar los cuestionarios necesarios a realizar por los participantes, el día previo, al correo de ejercicioycerebro@gmail.com para mayor facilidad:

1. En RedCap pinchar en “Record Status Dashboard”.
2. Buscar el ID del participante a evaluar y pinchar en el cuestionario pendiente

Figura 1. Selección de cuestionario

3. Pinchar en “Survey options” y en “Open survey”

A continuación, le vamos a realizar una serie de preguntas sobre cómo se ha sentido usted la semana pasada.

Figura 2. Opciones cuestionarios



4. Una vez abierto el cuestionario únicamente tendremos que copiar el link superior y copiarlo en un email para su posterior envío al correo ejercicioycerebro@gmail.com. En el título del email aparecerá la fecha de evaluación. Esta forma nos facilitará la ejecución del cuestionario el día de la evaluación

3.3.3. Procedimiento día de prueba

- Pautas estandarizadas:

Es importante que el orden de los cuestionarios se siga exactamente como está indicado en la tabla 1 para mantener la estandarización. Para la administración de los cuestionarios, es importante tener un entorno de prueba atractivo y sin distracciones. Aquí hay algunas reglas generales a seguir para administrar los cuestionarios para el estudio Heart-Brain son:

- La habitación debe estar con un ambiente tranquilo, sin interrupciones y ruidos, personas hablando, etc.
- Colocar un letrero en la puerta "**Prueba en proceso, no entrar**" para minimizar las interrupciones.
- Si un teléfono está cerca, apáguelo (esto hace referencia tanto al investigador como a los participantes).
- Tenga el ordenador encendido y listo para clicar en el link correspondiente. También debe tener preparados los cuestionarios en papel como plan de contingencia ante un fallo informático.
- Mantenga un comportamiento relajado y amigable, es bueno tener una conversación ligera antes de comenzar la sesión. Además, de ser paciente y educado.
- Observe al participante en busca de signos de estrés y animelo.
- Recuerde al participante que sus respuestas son confidenciales.

- Instrucciones del evaluador

El evaluador debe decir iniciar la sesión con la siguiente instrucción:

"Gracias por aceptar participar en este estudio. Su contribución es realmente importante y estamos felices de que esté aquí hoy. Esta sesión durará aproximadamente 20/45/50 minutos, pero tendremos descansos regulares para que se relaje, tome un poco de agua, pueda ir al baño, etc. ¿Tiene alguna pregunta antes de comenzar? Ok, si estás listo, comencemos. Va a completar una serie de cuestionarios referentes a su salud y acerca de usted, de cómo se siente, actividad física que realiza o acerca de su descanso. No hay respuestas correctas o incorrectas, simplemente debe relajarse y ser lo más honest@ posible. Todos los cuestionarios tienen unas instrucciones antes de comenzar para que sepa qué hacer. En caso de que tuviera alguna duda siempre puede preguntarme. ¿Empezamos?".

- Realización de cuestionarios

Opcion 1. Sin previo envío

1. Para que los participantes realicen los cuestionarios tendremos que abrir la pestaña correspondiente a cada uno de los participantes según su "ID" en la plataforma REDCAP (ver Figura 1) pinchando en "Record Status Dashboard" para señalar el cuestionario a realizar.
2. A continuación, pincharemos en "Survey options" y en "Open survey"(ver Figura 2)



3. Tras llenar los datos principales como el ID del participante, le dejaremos a este que se siente en la silla para que pueda realizar todos y cada uno de los cuestionarios de forma tranquila. Una vez complete todos los cuestionarios, revisaremos que todas las respuestas han sido marcadas y nos aseguraremos de que todo está correctamente.

Opcion 2. Con envío previo.

1. Entraremos en el correo de ejercicioycerebro@gmail.com y en este dispondremos del correo con el link del cuestionario correspondiente al participante con la fecha indicada.
2. Tras llenar los datos principales como el ID del participante, le dejaremos a este que se siente en la silla para que pueda realizar todos y cada uno de los cuestionarios de forma tranquila. Una vez complete todos los cuestionarios, revisaremos que todas las respuestas han sido marcadas y nos aseguraremos de que todo está correctamente.

3.3.4. Procedimiento posterior a prueba

- Revisión de datos y validación en REDCAP

Todos los resultados quedarán guardados de forma automática en la plataforma REDCAP. Cuando finalicen las evaluaciones diarias que están programadas para cada sesión, la persona encargada de revisar los cuestionarios, realizará una revisión de todos los datos para asegurar que todos ellos están completados de forma correcta.

- Escaneo y guardado de datos en REDcap (en caso excepcional)

Cuando de manera excepcional se tengan que realizar los cuestionarios en papel, cada uno de los cuestionarios pertenecientes a la sesión deberá escanearse y completarse en la plataforma REDcap. Los cuestionarios se guardarán en el servidor de Heart-Brain (/ruta_oculta_en_documento_público).

4. Referencias.

Los cuestionarios utilizados sobre información demográfica, servicios sanitarios, movilidad y agilidad, salud oral, apoyo social, redes sociales y fragilidad han sido extraídos del proyecto ENRICA.

Albayay, J., Villarroel-Gruner, P., Bascour-Sandoval, C., Parma, V., & Gálvez-García, G. (2019). Psychometric properties of the Spanish version of the Edinburgh Handedness Inventory in a sample of Chilean undergraduates. *Brain and Cognition*, 137(September), 103618. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2019.103618>

Baik, S. H., Fox, R. S., Mills, S. D., Roesch, S. C., Sadler, G. R., Klonoff, E. A., & Malcarne, V. L. (2019). Reliability and validity of the Perceived Stress Scale-10 in Hispanic Americans with English or Spanish language preference. *Journal of health psychology*, 24(5), 628-639.

Fernández-San Martín, M. I., Andrade, C., Molina, J., Muñoz, P. E., Carretero, B., Rodríguez, M., & Silva, A. (2002). Validation of the Spanish version of the geriatric depression scale (GDS) in primary care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(3), 279–287. <https://doi.org/10.1002/gps.588>

Ferreira-Pêgo, C., Nissensohn, M., Kavouras, S. A., Babio, N., Serra-Majem, L., Martín Águila, A., ... & Salas-Salvadó, J. (2016). Beverage intake assessment questionnaire: relative validity and repeatability in a Spanish population with metabolic syndrome from the PREDIMED-PLUS study. *Nutrients*, 8(8), 475.

Herrero, M. J., Blanch, J., Peri, J. M., De Pablo, J., Pintor, L., & Bulbena, A. (2003). A validation



UNIVERSIDAD
DE GRANADA

study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *General hospital psychiatry*, 25(4), 277-283.

Hita-Contreras, F., Martínez-López, E., Latorre-Román, P. A., Garrido, F., Santos, M. A., & Martínez-Amat, A. (2014). Reliability and validity of the Spanish version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) in patients with fibromyalgia. *Rheumatology international*, 34(7), 929-936.

Izal, M., Montorio, I., Nuevo, R., & Pérez-Rojo, G. (2007). Comparación de la sensibilidad y la especificidad entre diferentes versiones de la Escala de Depresión Geriátrica. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 42(4), 227-232. [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(07\)73555-2](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(07)73555-2)

Lázaro, C., Bosch, F., Torrubia, R., & Baños, J. E. (1994). The development of a Spanish questionnaire for assessing pain: preliminary data concerning reliability and validity. *European Journal of Psychological Assessment*.

Lázaro, C., Caseras, X., Whizar-Lugo, V. M., Wenk, R., Baldioceda, F., Bernal, R., ... & Baños, J. E. (2001). Psychometric properties of a Spanish version of the McGill Pain Questionnaire in several Spanish-speaking countries. *The Clinical journal of pain*, 17(4), 365-374.

Leyton-Román, M., Mesquita, S., & Jiménez-Castuera, R. (2021). Validation of the Spanish Healthy Lifestyle Questionnaire. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21(2), 100228.

Martín-Moreno, J., Boyle, P., Gorgojo, L., Maisonneuve, P., Fernández-Rodríguez, J., Salvini, S., & Willet, W. (1993). *Cuestionario De Frecuencia De Consumo De Alimentos*. 512–519.

Merellano-Navarro E, Collado-Mateo D, García-Rubio J, Gusi N, Olivares PR. Validity of the International Fitness Scale "IFIS" in older adults. *Exp Gerontol*. 2017 Sep;95:77-81. doi: 10.1016/j.exger.2017.05.001. Epub 2017 May 2. PMID: 28476584.

Montorio, I., & Izal, M. (1993). Adaptation of the geriatric depression scale in spain: A preliminary study. *Clinical Gerontologist*, 13(2), 83–91. https://doi.org/10.1300/J018v13n02_07

Sánchez-Benavides, G., Manero, R. M., Quinones-Ubeda, S., De Sola, S., Quintana, M., & Peña-Casanova, J. (2009). Spanish version of the Bayer Activities of Daily Living scale in mild cognitive impairment and mild Alzheimer disease: discriminant and concurrent validity. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 27(6), 572-578.

Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of personality assessment*, 66(1), 20-40.

Schröder, H., Fitó, M., Estruch, R., Martínez-González, M. A., Corella, D., Salas-Salvadó, J., ... & Covas, M. I. (2011). A short screener is valid for assessing Mediterranean diet adherence among older Spanish men and women. *The Journal of nutrition*, 141(6), 1140-1145.

Ortet, G., Martínez, T., Mezquita, L., Morizot, J., & Ibáñez, M. I. (2017). Big five personality trait short questionnaire: preliminary validation with Spanish adults. *The Spanish Journal of Psychology*, 20.

Vazquez, A., Jimenez, R., & Vasquez-Morejon, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg. *Apuntes de Psicología*, 22(2), 247–255.

Vazquez, C., Duque, A., & Hervas, G. (2013). Satisfaction with life scale in a representative sample of Spanish adults: validation and normative data. *The Spanish journal of psychology*, 16.

Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., ... & Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta sanitaria*, 19, 135-150.



UNIVERSIDAD
DE GRANADA

5. Anexo 3.1. Cuestionario seguridad MRI



UNIVERSIDAD
DE GRANADA

REGISTRO
ESPECÍFICO

RE16-58-CSP

CUESTIONARIO DE SEGURIDAD
Y AUTORIZACIÓN PARA INFORMAR
PARA LOS PARTICIPANTES
EN RESONANCIA MAGNÉTICA FUNCIONAL

Página 1 de 3
Nº Revisión: 4
15/02/2019



Centro de
Instrumentación
Científica

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 _____ / _____ / _____
día mes año 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, descríbalo: _____

5. ¿Tiene algún objeto metálico en su cuerpo (p.e. prótesis)?

No Si

En caso afirmativo, descríbalo: _____

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 visión con gafas o lentillas?

No Si

¿Se operó de la visión? _____

Para mujeres participantes:

10. ¿Está embarazada o existe la posibilidad de que pueda estarlo?

No Si



**UNIVERSIDAD
DE GRANADA**

REGISTRO
ESPECÍFICO

RE16-58-CSP

CUESTIONARIO DE SEGURIDAD
Y AUTORIZACIÓN PARA INFORMAR
PARA LOS PARTICIPANTES
EN RESONANCIA MAGNÉTICA FUNCIONAL

Página 2 de 3
Nº Revisión: 4
15/02/2019



**Centro de
Instrumentación
Científica**

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, bracquet, 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 estímulador	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 cardiaca 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 termodilución	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 comuníquesele 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 _____ / _____ / _____



UNIVERSIDAD
DE GRANADA

REGISTRO
ESPECÍFICO

RE16-58-CSP

CUESTIONARIO DE SEGURIDAD
Y AUTORIZACIÓN PARA INFORMAR
PARA LOS PARTICIPANTES
EN RESONANCIA MAGNÉTICA FUNCIONAL

Página 3 de 3
Nº Revisión: 4
15/02/2019



Centro de
Instrumentación
Científica

D./D^a..... 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.....dede 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 _____ / _____ / _____