

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO, CUIDADOS Y REGISTRO GRÁFICO O DIGITAL DE HERIDAS

OBJETIVO DEL PRESENTE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Mediante este documento, el paciente que suscribe el mismo (En lo sucesivo "el paciente") es informado y da su consentimiento a someterse a las exploraciones complementarias necesarias para el diagnóstico, autoriza el tratamiento y el plan de cura del que ha sido informado por parte de su médico/a o enfermero/a (En lo sucesivo, "el profesional sanitario"), así como el registro de su patología.

Este profesional sanitario realizará el procedimiento más adecuado para el correcto tratamiento de su patología, según las necesidades de su herida o lesión y para ello es necesario realizar un diagnóstico precoz y adecuado, establecer un plan de cura integral y un seguimiento directo.

El diagnóstico es necesario para realizar un enfoque correcto del tratamiento, por lo que puede que sea recomendable que se le realicen diferentes procedimientos diagnósticos como pueden ser radiografías, pruebas de laboratorio u otras pruebas.

El tratamiento específico de su patología puede incluir desde tratamientos tópicos a desbridamientos mecánicos o instrumentales ambulatorios según los casos, pudiendo requerir la aplicación de anestesia local.

El tratamiento a realizar puede implicar el uso de métodos tradicionales, apósitos de cura en ambiente húmedo o nuevas tecnologías. También puede ser solicitada su autorización para participar en estudios clínicos de nuevos productos.

Con la firma de este documento autoriza al profesional sanitario a realizar el procedimiento más apropiado según su caso, teniendo en cuenta lo explicado anteriormente y la información verbal transmitida por el mismo.

Del mismo modo autoriza para que le hagan los registros fotográficos y grabaciones de imagen y/o sonido, que se requieran para el seguimiento de su tratamiento o para ilustrar sus lesiones, siempre y cuando no se revele su identidad.

El registro gráfico permite la consulta con otros profesionales sin la necesidad de causarle a usted molestias innecesarias como desplazamientos o citas no programadas. Además, el hecho de compartir esta información, facilita el avance del conocimiento y puede ayudar a mejorar la atención a pacientes que se encuentren en situaciones similares a la suya.

Estas fotografías, videos y/o grabaciones, totalmente anonimizadas, podrán ser utilizadas con fines asistenciales, académicos, divulgativos o de formación del personal sanitario, pudiendo ser agregados a la historia clínica o difundidos en entornos sanitarios, como Congresos, Jornadas, Webs o Publicaciones Sanitarias.

Posibilidad de retirar el consentimiento

Tendrá la posibilidad y el derecho de retirar su consentimiento para cualquier finalidad específica otorgada en su momento, sin que ello afecte al tratamiento de su patología basado en el consentimiento previo a su retirada.

AUTORIZACIÓN

Yo, D/Dña..... con NIF....., manifiesto que he sido informado sobre las características, beneficios, precauciones y posibles efectos adversos o secundarios de los productos y/o técnicas que se me aplicarán, he comprendido toda la información que se me ha proporcionado y mis dudas han sido aclaradas satisfactoriamente, por lo que autorizo de forma voluntaria al profesional sanitario que informa este consentimiento y firma al pie.

Por ello, doy mi autorización:

☐ Para realizar el abordaje y tratamiento de las lesiones que presento, utilizando para ello los siguientes productos y/o técnicas:

.....
.....
.....

☐ Para realizar el registro fotográfico y grabaciones de imagen y/o sonido en relación a mi patología, sin que se pueda revelar mi identidad.

☐ Para incorporarme a un Estudio Clínico.

Calidad en la que se otorga este consentimiento:

Como paciente: SI ☐ NO ☐

Como responsable del paciente: (Padre o Madre si es menor de edad, representante legal, familiar o cuidador principal) SI ☐ NO ☐

Firma del paciente o representante:

En caso de no firmar el paciente, nombre y NIF de la persona que lo representa y firma por él.

D/Dña.....

NIF.....

Relación con el paciente.....

Nombre y NIF del profesional sanitario que informa el consentimiento:

D/Dña.....NIF.....

Firma del profesional:

En....., a..... de..... de.....

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

He decidido REVOCAR mi consentimiento respecto a la realización del procedimiento referido.

Calidad en la que se revoca este consentimiento:

Como paciente: SI ☐ NO ☐

Como responsable del paciente: (Padre o Madre si es menor de edad, representante legal, familiar o cuidador principal) SI ☐ NO ☐

Firma del paciente o representante:

En caso de no firmar el paciente, nombre y NIF de la persona que lo representa y firma por él.

D/Dña.....

NIF.....

Relación con el paciente.....

En....., a..... de..... de.....

PROTECCIÓN DE DATOS

Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales /Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679

Responsable del tratamiento (El profesional sanitario)	NOMBRE NIF DIRECCIÓN TLF CONTACTO CORREO-E
Finalidad del tratamiento	Cumplimiento a la prestación asistencial: gestión de los datos de los pacientes para una correcta prestación asistencial de los servicios solicitados.
Conservación de los datos	Los datos se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para las que se recabaron y para determinar las posibles responsabilidades que se pudieran derivar de dicha finalidad y del tratamiento de los datos conforme lo establecido en la legislación sanitaria: Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente, Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica y demás normativa aplicable.
Legitimación del tratamiento	La legitimación para el tratamiento de los datos es la relación con el paciente, necesaria para el diagnóstico, prestación asistencial o tratamiento sanitario, al amparo del artículo art.9.2 Reglamento (UE) 20106/679. Obligación legal: Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente; Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica. Consentimiento: en el caso de que nos autorice a realizar registros fotográficos y grabaciones de imagen y/o sonido, que se requieran para el seguimiento de su tratamiento, o para ilustrar sus lesiones, <u>sin revelar su identidad</u> . Y su posible difusión para fines asistenciales, académicos, divulgativos o de formación del personal sanitario.

Destinatarios de datos	Los datos personales no serán comunicados a terceros, salvo que exista una obligación legal. En el caso de que nos autorice a realizar registros fotográficos y grabaciones de imagen y/o sonido, que se requieran para el seguimiento de su tratamiento, o para ilustrar sus lesiones, sin revelar su identidad, podrán ser utilizadas con fines asistenciales, académicos, divulgativos o de formación del personal sanitario, pudiendo ser difundidos en entornos sanitarios, como Congresos, Jornadas, Webs o Publicaciones Sanitarias.
Transferencia de datos a terceros países	No se van a producir Transferencias Internacionales de datos
Derechos del interesado	Podrá ejercitar en cualquier momento los derechos de acceso, rectificación, supresión y oposición al tratamiento de sus datos personales, dirigiéndose a la dirección postal anteriormente indicada. Tendrá derecho a solicitar la limitación del tratamiento, en cuyo caso únicamente se conservarán para el ejercicio o defensa de reclamaciones; Y derecho a la portabilidad de los mismos, en las circunstancias establecidas legalmente Derecho a retirar el consentimiento: cuando el tratamiento de los datos esté basado en el consentimiento de las personas interesadas, estas podrán retirar el consentimiento otorgado en cualquier momento, sin que eso afecte a la licitud del tratamiento previo a su retirada.
Ejercicio de los derechos	Deberá efectuarse por escrito adjuntando fotocopia de su documento identificativo, y dirigirla al profesional sanitario, en la dirección indicada en el encabezamiento.
Derecho de reclamación a la Autoridad de Control	Podrá solicitar la tutela de derechos que no hayan sido debidamente atendidos a la Agencia Española Protección de Datos c/Jorge Juan, 6-28001-Madrid o utilizar la sede electrónica: https://sedeagpd.gob.es . Más información www.agpd.es

EL PRESENTE DOCUMENTO LO FIRMAN POR AMBAS PARTES Y POR DUPLICADO, ENTREGANDO UNA COPIA DEL MISMO AL PACIENTE Y QUEDANDO LA OTRA EN PODER DEL PROFESIONAL QUE INFORMA EL CONSENTIMIENTO.