

Documento de Consentimiento Informado Para publicación caso clínico

Versión y fecha:

En la Fundación Asistencial Mútua de Terrassa, además de la labor asistencial, se realiza investigación biomédica, que permite progresar en el conocimiento de la Medicina. En este sentido, la información médica que se obtiene durante el diagnóstico o control de las enfermedades, una vez utilizadas para tal fin, resultan también útiles y necesarias para la investigación. Con este documento le pedimos permiso para utilizar sus datos de salud obtenidos durante sus visitas médicas habituales para utilizarlos para **la realización y publicación de un caso clínico titulado:** _____

Consideraremos que acepta este uso con la firma de este documento.

Los datos que se recojan para ser usados en investigación se codificarán: esto significa que no se incluirá ningún tipo de información que permita identificar a los/las participantes. Sólo el/la médico/a y equipo médico que ha recogido los datos y con derecho a acceso a los datos de su historia clínica, podrán relacionar los datos recogidos con la identidad del/de la paciente.

La identidad de los/las participantes no estará al alcance de ninguna otra persona a excepción de una urgencia médica o requerimiento legal.

Podrán tener acceso a la información personal identificada las autoridades sanitarias, el Comité de Ética de Investigación y personal autorizado por el/la promotor/a del estudio, cuando sea necesario para comprobar datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de acuerdo con la legislación vigente.

Sólo se cederán a terceros y otros países los datos codificados, que en ningún caso contendrán información que pueda identificar al/a la participante directamente (como nombre y apellidos, iniciales, dirección, número de la seguridad social, etc.). En el supuesto de que se produjera esta cesión, sería para la misma finalidad del área de investigación anteriormente descrita y garantizando la confidencialidad.

Si se realizara una transferencia de datos codificados fuera de la Unión Europea (UE), ya sea a entidades de nuestro grupo, prestamistas de servicios o a investigadores/as que colaboren con nosotros, el responsable de la gestión de sus datos se compromete a que los datos queden protegidos por principios de precaución como contratos u otros mecanismos establecidos por las autoridades de protección de datos.

Sus datos serán conservados mientras sea necesario para cumplir la finalidad indicada en este documento.

De conformidad con lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril relativo a la protección de las personas físicas en relación al tratamiento de sus datos personales y a la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, la Fundación Asistencial Mútua de Terrassa y domicilio en la plaza Dr. Robert, 5, de Terrassa, como responsable del tratamiento, le informa que puede contactar con el/la delegado/a de protección de datos, si tiene cualquier duda, queja o necesita ejercer alguno de sus derechos mencionados a continuación.

Usted tiene derecho a acceder a sus datos, solicitar la rectificación de los datos inexactos o, en su caso, solicitar su supresión. También puede limitar su tratamiento, oponerse y retirar el consentimiento de su uso para determinados fines. Asimismo, le informamos de su derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Catalana de Protección de Datos frente a cualquier actuación de la Fundación Asistencial Mútua de Terrassa que considere que vulnera sus derechos.

Su consentimiento es totalmente voluntario. Puede negarse a firmarlo o retirar su consentimiento en cualquier momento sin tener que explicar los motivos y esto no repercutirá negativamente en su asistencia médica presente o futura.



Documento de Consentimiento Informado Para publicación caso clínico

Para más información sobre este u otros estudios, no dude en contactar con el equipo investigador (Dr./Dra. _____ Tlf. _____ ext. _____ correo: _____)

Muchas gracias por su colaboración.

Yo _____ autorizo el uso de mis datos de salud en las

(nombre y apellidos del/de la paciente)

condiciones en que se me han explicado:

SÍ

NO

Firma del/de la paciente:

Sr./Sra. _____

DNI: _____

En _____, ____ de _____ de _____

Firma del personal solicitante:

Sr./Sra. _____

DNI: _____

En _____, ____ de _____ de _____

Castellano