

**DATU KLINIKOAK JASOTZEKO EGITEKO BAIMEN INFORMATUA
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGIDA DE DATOS CLÍNICOS****A. IDENTIFIKAZIOA:**MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:
..... Data:**B. INFORMAZIOA:**

Zuk duzun bihotz-patologiaren tratamenduarekin lotuta, bihotzeko errehabilitazioko programa batean sartu zaituzte. Programa horretan zauden bitartean, zure eboluzioaren datu klinikoak jasoko dira (analitikak, bihotzeko probak, eta abar); horiek ematen ari dizugun laguntza mota ebaluatzeko, eta ondoren, ikerketak, azterketak eta zientzia-aldizkarietan emaitzen argitalpenak egiteko erabili ahal izango dira; horrela, zu artatzeko arrazoi diren arazoak hobeto ezagutzeko aukera izango dugu. Horregatik guztiagatik, zure baimena eskatzen dizugu informazio kliniko hori helburu horretarako diseinatutako erregistro batean jasotzeko

Gutziz borondatezkoa da onartzea. Uko egin diezaiokezu guk zure datu klinikoak erabiltzeari, eta ezezko horrek ez ditu inolako kalterik eragingo; ez du ondorioz izango ez zure mediku-arretan, ez dagozkizun onuretan.

Erregistratutako datuak aldizkari zientifikoetan argitaratu ahal izango dira, baina zure nortasuna konfidentziala izango da beti. Zuri buruz erregistratzen den informazio guztia erabat isilpekoa da, indarrean den araudian ezarritakoaren arabera (14/2007 Lege Organikoa, uztailaren 3koa, Biomedikuntzako Ikerkuntzari buruzkoa).

C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

Zure parte-hartzeak ez dakar zure osasunerako inolako arriskurik.

A. IDENTIFICACIÓN:NOMBRE DEL MEDICO RESPONSABLE:
..... Fecha:**B. INFORMACIÓN**

Relacionado con el tratamiento de la patología cardíaca que usted tiene se le ha incluido en un programa de rehabilitación cardíaca. Mientras permanezca en este programa, se recogerán datos clínicos de su evolución (analíticas, pruebas cardiológicas etc.) que pueden ser utilizados para evaluar el tipo de asistencia que le estamos proporcionando y para poder realizar posteriormente, investigaciones, estudios y publicaciones de los resultados en revistas científicas que nos permitirán conocer mejor los problemas por los que le atendemos. Por todo ello, solicitamos su permiso para recoger esta información clínica en un registro diseñado al efecto

Debe saber que su aceptación es totalmente voluntaria. Usted puede negarse a que utilicemos sus datos clínicos sin que de ello se derive ningún perjuicio, ni que se vea afectada su atención médica o que suponga pérdida de los beneficios a los que usted tiene derecho.

Los datos registrados podrán ser publicados en revistas científicas pero su identidad permanecerá confidencial. Toda la información que se registre de usted, es estrictamente confidencial, según lo establecido en la legislación vigente (Ley Orgánica 14/2007, de 3 de Julio, de Investigación biomédica).

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES

Su participación no conlleva ningún perjuicio para su salud.

DOKUMENTU HAU SINATZEN DUT ONGI IRAKURRI OSTEAN ETA NIRE ZALANTZAK GALDETU ETA ARGITZEKO AUKERA IZAN OSTEAN. BERAZ, ZER EGIN BEHAR DIDATEN ULERTU ONDOREN, ITXARON DAITEZKEEN EMAITZEN ETA HORTIK ERAGIN DAITEZKEEN ARRISKUEN BERRI IZAN ONDOREN

FIRMO ESTE DOCUMENTO DESPUÉS DE HABERLO LEÍDO Y HABER TENIDO LA OPORTUNIDAD DE PREGUNTAR Y ACLARAR MIS DUDAS. POR TANTO, DESPUÉS DE HABER ENTENDIDO LO QUE SE ME VA A HACER, LOS RESULTADOS ESPERADOS Y LOS RIESGOS QUE DE TODO ELLO PUEDAN DERIVARSE.

Pazientea/k / El Paciente/s**Pazientearen izen-abizenak eta NAN**Nombre, dos apellidos y DNI del paciente/s
.....**Sinadura/k eta data**

Firma/s y fecha

Medikua/k / El/La Médico/s**Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.**Nombre, dos apellidos y nº de colegiado del o de la médico/s
.....**Sinadura eta data**

Firma y fecha

Ordezkarria: adingabekorik edo pazientearen ezgaitasunik egotekotan / Representante: en caso de incapacidad del paciente o menor de edad**Legezko ordezkariaren izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna**Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal
.....**Sinadura eta data**

Firma y fecha

Pazientearen edo legezko ordezkariaren ATZERA EGITEA / DESISTIMIENTO del paciente o representante legal**Adierazitako prozedurapean EZ JARTZEAREN irismena eta arriskuak ulertzen ditut. Eta halako baldintzetan atzera egiteko eskubidea egikaritzen dut.**Comprendo el alcance y los riesgos de NO SOMETERME al procedimiento indicado. Y en tales condiciones ejerzo mi derecho de desistimiento
.....**Sinadura eta data**

Firma y fecha <<FECHA>>