

BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO

DOKUMENTAZIO GRAFIKOA ETA ARGITALPENAK / DOCUMENTACIÓN GRÁFICA Y PUBLICACIONES

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:
..... Data:

B. INFORMAZIOA:

Gaur egun, paziente bakoitzaren dokumentazio klinikoan irudiak eta/edo bideoak sartzea ohiko prozedura da, eta, horri esker, hainbat patologia modu objektiboan baloratzea ahalbidetzen diguten datuak ematen dira, bai eta irudiak eta/edo bideoak egitea ere, Arabako ESIko fakultatibo mediko espezialisten artean zabaltzeko, betiere memoria-gailuetan edo -espazioetan biltegitratzeko irizpideak betez, zaintza-parametro seguruaren arabera.

Kasu batzuetan, patologia batek interes handia sor dezakeenez, betiere osasun-profesionalentzako helburu zientifiko hutsarekin, paziente batzuen irudiak eta/edo datuak argitaratzea interesgarria izan daiteke, banaka edo talde-azterketa baten testuinguruan, betiere anonimotasun egokia gordez.

Hori dela eta, indarrean dagoen legeria errespetatuz, berriazko baimena eskatzen dizugu eta horren berri ematen dizugu.

C. BAIMENAK:

- Baimena ematen dut nire dokumentazio klinikoaren eta/edo nire semearen/alabaren edo tutoretzapeko pertsonaren dokumentazio klinikoaren zati gisa argazkiak eta/edo bideoak eskuratzeko, eta baimena ematen dut nire argazkiak, bideoak, audioak eta irudiak erabiltzeko, edo horietan nire ordezkaria agertzen bada, Arabako ESIko mediku espezialisten artean zabaltzeko, patologiaren diagnostikoa eta/edo tratamendua optimizatzen eta irudi horiek zaintzeko segurtasuna ematen duten memoria-gailu edo -espazioetan biltegitratzeko irizpideen bidez tratatzeko.

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MEDICO RESPONSABLE:
..... Fecha:

B. INFORMACIÓN:

La inclusión de imágenes y/o vídeos dentro de la documentación clínica de cada paciente, es hoy un procedimiento habitual con el que se aportan datos que nos permiten valorar de manera objetiva determinadas patologías, así como también la realización de imágenes y/o vídeos para su difusión entre personal Facultativo Médico Especialista de la OSI Araba cumpliendo, en todo caso, criterios de almacenamiento en dispositivos o espacios de memoria bajo parámetros de custodia seguros.

En algunos casos, debido al interés que puede suscitar cierta patología, siempre con un objetivo exclusivamente científico destinado a profesionales sanitarios, puede interesar publicar imágenes y/o datos de algunos pacientes, individualmente o en el contexto de un estudio grupal, guardando siempre el adecuado anonimato.

Al efecto de lo anterior, respetando la legislación vigente, se le informa y pide consentimiento expreso.

C.- CONSENTIMIENTOS:

- Consiento la adquisición de fotografías y/o vídeos como parte de mi documentación clínica y/o de la documentación clínica de mi hijo/a o tutorizado/a, autorizando al uso de las fotografías, vídeos, audio e imágenes mías en las que aparezca o en las que aparece mi representado o representada para su difusión entre personal Facultativo Médico Especialista de la OSI Araba con el fin de optimizar el diagnóstico y / o tratamiento de la patología y que el tratamiento de dichas imágenes se realice mediante criterios de almacenamiento en dispositivos o espacios de memoria que proporcionen seguridad en su custodia.

Era berean, adierazten dut behar diren ekintza guztiak egingo ditudala agintaritza eskudunak dokumentu honi buruz emandako baimenak eskuratzeko.

BAI EZ

- Onartzen dut argazki eta/edo bideo horiek argitalpen mediko elektronikoa eta inprimatuak erabiltzea, aldizkarietan, testuliburuak eta argitalpen elektronikoetan barne. Onartzen dut, gainera, argazkiak eta/edo bideoak irakaskuntza-helburuetarako erabiltzea.

BAI EZ

- Baimen horrek ez du berekin ekarriko ez konpentsazio ekonomikorik, ez kalte-ordainik argazki, bideo, audio eta irudi horiek erabiltzeagatik, sortutako itxaropenak barne. Ulertzen dut ez dudala diru-itzulketarik jasoko ematen ditudan irudiengatik.
- Prozedurako datuak, emaitzak, likidoak, jariakinak, analitikak, egindako probak eta bestelako erabilerarik gabeko ehunak datu-base batean erregistra daitezke, gero helburu zientifikoetarako erabiltzeko, eta horien konfidentziasuna gorde daiteke indarrean dagoen legediaren arabera (Ikerketa Biomedikoari buruzko uztailaren 3ko 14/2007 Legea), horrek guztiak ez du inolako arrisku edo eragozpen gehigarri sortzen.
- Baimen hori ukatzeak ez du inola ere eragingo emango zaidan arreta medikoan.
- Nolanahi ere, gaur egun indarrean dagoen datu pertsonalak babesteko araudia aplikatuko da, datu pertsonalen tratamenduari eta datu horien zirkulazio askeari dagokienez pertsona fisikoak babesteari buruzko 2016ko apirilaren 27ko 2016/679 (EB) Erregelamenduaren eta Datu Pertsonalak Babesteari eta eskubide digitalak bermatzeari buruzko abenduaren 5eko 3/2018 Lege Organikoaren babesean.

Asimismo, declaro llevar a cabo todas las acciones pertinentes para disponer de las autorizaciones de la autoridad competente respecto al presente documento.

SI NO

- Consiento que estas fotografías y/o vídeos sean utilizados en publicaciones médicas electrónicas e impresas, incluyendo: revistas, libros de texto y publicaciones electrónicas. Acepto, además, que las fotografías y/o vídeos sean utilizadas para propósitos docentes.

SI NO

- Esta autorización no llevará aparejado ni compensación económica, ni indemnización alguna por la utilización de las antedichas fotografías, vídeos, audio e imágenes, incluyendo en las mismas las expectativas creadas. Entiendo que no recibiré reembolso por las imágenes que proporcione.
- Los datos del procedimiento, resultados, líquidos, fluidos, analíticas, pruebas realizadas y tejidos sin otro uso, pueden ser registrados en una base de datos para ser posteriormente utilizados con fines científicos, manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente (Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica), sin suponer todo ello ningún riesgo o molestia adicional.
- La negación de este consentimiento, no afectará de ninguna manera la atención médica que se me proporcionará.
- En todo caso, será de aplicación la normativa de protección de datos personales actualmente vigente, al amparo del reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, y de la ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

- Pazienteak, bere borondatez, edo bere legezko ordezkariak/tutoreak, hala badagokio, baimena ematen du, profesionalari aldez aurretik irakurri, ulertu eta entzun ondoren, eta horretarako baimena ematen du.
- Adingabearen guraso-ahalaren edo tutoretzaren titularrak baimena ematen du datu pertsonalak lehen adierazitako helburuetarako tratatzeko.
- El/la paciente, de forma libre y voluntaria, o su representante legal/tutor en su caso, es quien consiente, después de haber leído, entendido y haber escuchado previamente al profesional, firmando y autorizando el correspondiente consentimiento.
- La persona titular de la patria potestad o tutela del menor autoriza el tratamiento de los datos personales con los fines anteriormente indicados.

Datuen babesari buruzko oinarritzko informazioa: interesdunari jakinarazten zaio bere datu pertsonalak Osakidetza-Euskal osasun zerbitzuak tratatuko dituela. Tratamendu HISTORIKO KLINIKOaren helburua da pazientearen historia klinikoko datuak izatea, haren jarraipena egiteko eta asistentzia-jarduera kudeatzeko, interes publikoaren izenean edo tratamenduaren arduradunari emandako botere publikoen izenean egindako misio bat betez. Datuak jakinaraz dakizkieke Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailari, GSINi, agintaritza judizialei eta aseguru-erakundeei. Datuak interesdunak berak, Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailak eta Osakidetzako osasun-langileek emandakoak dira. Interesdunak datuak eskuratzeko, zuzentzeko eta ezabatzeko eskubidea du, bai eta haien tratamendua mugatzeko edo aurka egiteko ere. Datuak babesteari buruzko informazio gehiago nahi izanez gero, jo webgune honetara: <http://www.osakidetza.euskadi.eus/protecciondatos>

Información básica sobre protección de datos: Se informa a la persona interesada de que sus datos personales serán tratados por Osakidetza – Servicio vasco de salud. La finalidad del tratamiento HISTORIAL CLINICO es la de disponer de los datos de la Historia Clínica del paciente para el seguimiento del mismo y la gestión de la actividad asistencial, conforme al cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento. Pueden realizarse comunicaciones de datos al Departamento de Salud del Gobierno Vasco, al INSS, a autoridades judiciales y entidades aseguradoras. Los datos proceden de la propia persona interesada, del Departamento de Salud del Gobierno Vasco y de personal sanitario de Osakidetza. La persona interesada tiene derecho de acceso, rectificación, supresión de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento. Podrá ampliar información en materia de protección de datos en la siguiente dirección web: <http://www.osakidetza.euskadi.eus/protecciondatos>

DOKUMENTU HAU SINATZEN DUT, ONGI IRAKURRI ETA NIRE ZALANTZAK GALDETU ETA ARGITZEKO AUKERA IZAN OSTEAN. BERAZ, ULERTU EGIN DUT ZER EGIN BEHAR DIDATEN, ZER EMAITZA ESPERO DAITEZKEEN ETA ZER ARRISKU ERAGIN DAITEKEEN HORRETATIK.

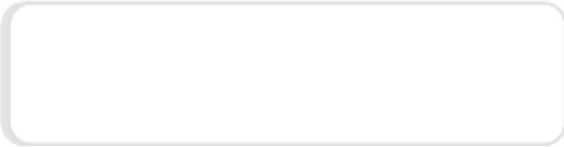
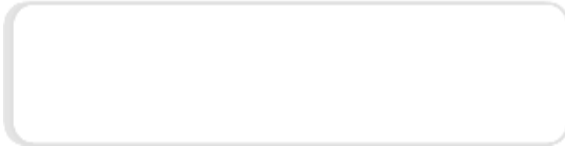
FIRMO ESTE DOCUMENTO DESPUÉS DE HABERLO LEÍDO Y HABER TENIDO LA OPORTUNIDAD DE PREGUNTAR Y ACLARAR MIS DUDAS. POR TANTO, DESPUÉS DE HABER ENTENDIDO LO QUE SE ME VA A HACER, LOS RESULTADOS ESPERADOS Y LOS RIESGOS QUE DE TODO ELLO PUEDAN DERIVARSE.



Pazientea/k / El Paciente/s

Pazientearen izen-abizenak eta NAN
Nombre, apellidos y DNI del paciente
.....


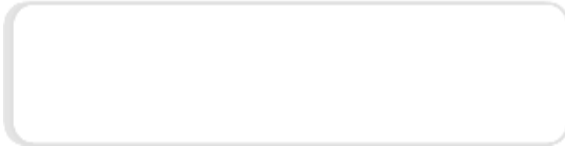
Sinadura/k eta data
Firma/s y fecha

Medikua/k / El/La Médico/s

Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.
Nombre, apellidos y número de colegiado
.....

Sinadura eta data
Firma y fecha.....

Ordezkarria: adingabekorik edo pazientearen ezgaitasunik egotekotan / Representante: en caso de incapacidad del paciente o menor de edad

Legezko ordez kariaren izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna

Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal

.....

Sinadura eta data

Firma y fecha.....



Pazientearen edo legezko ordez kariaren 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.....

