

MEDIKAZIOA ETXERA BIDALTZEKO BAIMEN INFORMATUA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENVÍO DOMICILIARIO DE MEDICACIÓN

A. IDENTIFIKAZIOA:

.....
jauna/andrea Ospitale-farmaziako farmazialari
espezialista naizen aldetik NAN:
....., nire tratamendua etxera
bidaltzeko aukera dudala jakinarazten dit.

Data: <<FECHA>>

B. INFORMAZIOA: Jakinarazten didate:

- Botikarik edo txarto kontserbatutako ordainagiririk jasotzen ez badut, horren berri emango diot Farmazia Zerbitzuari.
- Farmazia Zerbitzuarekin kontsultak telefonoz egingo dira (telefono bidezko hitzorduaren papera botikekin batera bidaliko da), eta nire osasun egoerak uzten badu, urtean behin gutxienez, kontsulta presentziala eskatuko dut.

C. DATU PERTSONALAK:

Jakin badakit datu pertsonalak (izena, abizenak, posta, harremanetarako telefonoa) Farmazia Zerbitzuak emango dizkiola enpresa banatzaileari (.....) botikak bidaltzeko. Enpresa honek jakingo du botikak eta haien kontserbazio ezaugarriak ematen zaizkiola, eta bere eginbeharrak beteko ditu, sinatutako kontratuan datu pertsonalak tratatzeko arduradun gisa.

D. Dokumentu hau sinatu aurretik, informazio gehiago nahi baduzu edo bidalketa-prozedurari eta horren behin-behinekotasunari buruzko zalantzarik baduzu, galdetu, mesedez.

E.- ADIERAZTEN DUT:

- Botikariak botikak ematearen abantaila eta eragozpenez informatu nauela, eta edozein unetan erabakia atzera bota dezakedala.

A. IDENTIFICACIÓN:

D.
como Farmacéutico Especialista en Farmacia Hospitalaria, con DNI, me comunica la posibilidad de enviar mi tratamiento a mi domicilio.

Fecha: <<FECHA>>

B. INFORMACIÓN: Se me informa de que:

- Seré el responsable de informar al Servicio de Farmacia si no recibo la medicación o la recibo mal conservada.
- Las consultas con el Servicio de Farmacia serán telefónicas (el papel de la cita telefónica será enviada junto con la medicación) y de que, si mi estado de salud lo permite, al menos una vez al año, solicitaré una consulta presencial.

C. DATOS DE CARÁCTER PERSONAL:

Soy consciente de que datos de carácter personal (nombre, apellidos, correo postal, teléfono de contacto) serán facilitados desde el Servicio de Farmacia a la empresa distribidora (.....) para el envío de medicación. Esta empresa conocerá que se le entrega medicación y las características de conservación de la misma y cumplirá sus obligaciones como encargado del tratamiento de datos personales en contrato suscrito al efecto.

D. Antes de firmar éste documento, si desea más información o tiene cualquier duda del procedimiento del envío y de la temporalidad del mismo, por favor pregúntenos.

E. DECLARO:

- Que he sido informado por el farmacéutico de las ventajas e inconvenientes de la entrega de la medicación, y de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

- Jasotako informazioa ulertu dut eta egokitzat jotududan galdera guztiak egin ahal izan ditut.
- Farmazia Zerbitzuan ohiko botikak jasotzeko prozedura ezagutzen dut.

- He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.
- Conozco el procedimiento de recogida de medicación habitual en el Servicio de Farmacia.

ONDORIOZ, BAIMENA EMATEN DUT BOTIKAK NIRE ETXERA BIDALTZEKO.

EN CONSECUENCIA, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE ENVÍEN LA MEDICACIÓN A MI DOMICILIO.

Pazientea/ El Paciente**Pazientearen izen-abizenak**Nombre, dos apellidos
.....**Sinadura eta data**

Firma y fecha

Farmazeutiko/El/La Farmacéutico**Farmazeutikoaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.**Nombre, dos apellidos y nº de colegiado del/de la farmacéutico/a
.....**Sinadura eta data**

Firma y fecha

Legezko Ordezkaria: adingabekorik edo pazientearen ezgaitasunik egotekotan / Representante legal: 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