

SEME-LAGINAREN KONTSERBAZIOA BERTAN BEHERA UZTEKO BAIMEN INFORMATUA
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CESE DE LA CONSERVACIÓN DE MUESTRA SEMINAL

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:

.....

..... andrea,
adin nagusikoa,
<~~~> NAN/pasaportea
duena, eta bizitokia <~~~>
(hirian/herrian)duena,
<~~~> kalean <~~~>
..... zenbakian, kode
Postala <~~~> Herrialdea
<~~~> .

B. INFORMAZIOA:

1. Jarduteko gaitasun osoa izatea.
2. Egintza honetan, askatasunez, kontzienteki eta berariaz, idatzizko baimena ematen dut kriokontserbatutako semen-lagina beste erabilerarik gabe kontserbatzeari uzteko.
3. Emandako informazio guztia behar bezala ulertu dudala.

Eta behar bezala informatu ondoren, **BAIMENA EMATEN DUT** semen kriokontserbatuaren lagina beste helbururik gabe desizozteko prozedura egokiak aplikatzeko.

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 betetz. Datuak jakinaraz dakizkieke Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailari, GSINi, agintaritzak judizialei eta aseguruerakundeei. Datuak interesdunak berak, Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailak eta Osakidetza osasun-langileek emandakoak dira. Interesdunak datuak eskuratzeko, zuzentzeko eta ezabatze 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>

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MEDICO RESPONSABLE:

..... Fecha:

D^a. _
mayor de edad, con DNI/Pasaporte.
nº <~~~>, y con domicilio en la
ciudad de
<~~~> ,
calle <~~~> nº
<~~~> C.P. <~~~> País
<~~~> .

B. INFORMACIÓN:

1. Tener plena capacidad de obrar.
2. En este acto, de manera libre, consciente y expresa, presto mi consentimiento escrito al cese de la conservación de mi muestra de semen criopreservada sin otra utilización.
3. Que he comprendido toda la información que se me ha dado en forma suficiente y adecuada.

Y una vez debidamente informados, **AUTORIZO** a la aplicación de los procedimientos adecuados para la descongelación, sin otros fines, de mi muestra de semen criopreservada.

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 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.

Paziente/ El Paciente

Pazientearen izen-abizenak

Nombre, dos apellidos

.....

Sinadura eta data

Firma y fecha

Medikua/El/La Médico

Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.

Nombre, dos apellidos y nº de colegiado del/de la médico/a

.....

Sinadura eta data

Firma y fecha

Pazientearen ATZERA EGITEA / DESISTIMIENTO del paciente .

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.....