



**GAINBEGIRATUTAKO PRAKTIKA ALDIETAN DAUDEN ERIZAINZAKO LANGILEEK
BULARREKO AREOLA ETA TITIBURUEN EREMUKO MIKROPIGMENTAZIOA - EGITEKO
BAIMEN INFORMATUA
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA AUTORIZACIÓN A PROFESIONALES DE
ENFERMERÍA EN FASE DE PRÁCTICAS SUPERVISADAS PARA LA REALIZACIÓN DE
MICROPIGMENTACIÓN DEL COMPLEJO AREOLA MAMARIA-PEZÓN**

A. IDENTIFIKAZIOA:

INFORMATZEN DUEN OSASUN-PROFESIONALAREN
IZENA:.....
Fecha:

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL PROFESIONAL ENFERMERIA QUE
INFORMA:
Fecha:

B. INFORMAZIOA:

**BULARREKO AREOLA ETA TITIBURUEN
EREMUEN MIKROPIGMENTAZIO SISTEMARI
BURUZKO INFORMAZIOA (baimen
informatua dagokion ondorioetarako)**

**B. INFORMACIÓN SOBRE LA
MICROPIGMENTACIÓN DEL COMPLEJO
AREOLA MAMARIA-PEZÓN. (En
Consentimiento Informado al efecto).**

OSPITALEAK BEHAR DIREN BALIABIDE GUZTIAK
JARRIKO DIZKIZU ESKURA GERTA DAITEZKEEN
KONPLIKAZIO HORIEI AURRE EGITEKO.

EL HOSPITAL PONDRÁ A SU DISPOSICIÓN LOS
MEDIOS NECESARIOS PARA TRATAR POSIBLES
COMPLICACIONES.

Datuen babesari buruzko oinarrizko 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, agintaritzak
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:
<https://www.osakidetza.euskadi.eus/datuenbabesa/>.

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.**

ADITZERA EMATEN DUT LIBREKI ETA BORONDATEZ BAIMENTZEN DUDALA PRAKTIKA ALDIAN DAGOEN ERIZAINZAKO LANGILE BATEK BULARREKO AREOLA ETA TITIBURUEN EREMUKO MIKROPIGMENTAZIO TEKNIKA EGITEKO, ETA TEKNIKAN ADITUA DEN ERIZAINZAKO PROFESIONAL BATEN GAINBEGIRALETZAPEAN EGINGO DELA.

DECLARO QUE AUTORIZO LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE LA REALIZACIÓN DE LA TÉCNICA DE MICROPIGMENTACIÓN DEL COMPLEJO AREOLA MAMARIA-PEZÓN POR UN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN FASE DE PRÁCTICAS, ESTANDO BAJO LA SUPERVISIÓN DE UN/UNA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EXPERTA/O EN LA TÉCNICA.

PIGMENTAZIO TEKNIKAREN BAIMEN INFORMATUA SINATU ETA ESKAINITAKO AZALPENAK ULERTU DITUT.

QUE HE FIRMADO EL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA TÉCNICA DE LA PIGMENTACIÓN Y COMPRENDIDO LAS EXPLICACIONES FACILITADAS.

Pazientea/ La Paciente

Pazientearen izen-abizenak

Nombre, dos apellidos

Sinadura eta data

Firma y fecha

Ei/La Profesional Sanitario Responsable

Osasun-profesionalaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.

Nombre, dos apellidos y nº de colegiado

Sinadura eta data

Firma y fecha

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

Legetzko ordezkarriaren 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