

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA EL ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE CON FINES DE INVESTIGACIÓN Y/O DE DOCENCIA Y PARA LA UTILIZACIÓN DE SUS DATOS CLÍNICOS CON FINES CIENTÍFICOS

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

Centro:

DECLARACIONES Y FIRMAS

Con frecuencia, los médicos deben de utilizar los datos de la enfermedad de los pacientes con fines de revisión, de confirmación del diagnóstico, de docencia, de investigación o de difusión en medios científicos.

Se trata de conceptos generales de la enfermedad, datos analíticos, informes de exploraciones complementarias, imágenes relativas al proceso, muestras de sonido, etc.

En ningún caso, se utilizan datos que puedan identificar al/los paciente/s concretos, si bien se suelen utilizar siglas relativas al nombre –que son figuradas- la edad, el sexo y la ocupación del/de los pacientes.

Todo ello, al amparo de lo previsto en el Artículo 16.3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. De acuerdo a esta Ley, el acceso a la historia clínica con fines de estudio o investigación obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico-asistencial, de manera que quede asegurado su anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos.

Por su parte, el personal médico asume que está sujeto al deber de secreto con respecto a los datos personales a los que tenga acceso y, por tanto, estará obligado a no reproducir, modificar, hacer pública o divulgar a terceros la información personal a la que pueda tener conocimiento de manera incidental o con motivo de la realización de sus estudios o publicaciones, comprometiéndose a mantener la más estricta confidencialidad de la información personal, aún después de la conclusión del estudio, a expensas, en el caso de transgresión de este compromiso, de sufrir las sanciones previstas por la ley.

Tras todo ello, autorizo a los médicos que me atienden a acceder a mi historia clínica con los fines mencionados, sin más autorización que la presente y sin mediar ninguna contraprestación económica, ni de ninguna otra naturaleza.

En _____, a ____ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El paciente

Fdo.: _____
El facultativo

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA EL ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE CON FINES DE INVESTIGACIÓN Y/O DE DOCENCIA Y PARA LA UTILIZACIÓN DE SUS DATOS CLÍNICOS CON FINES CIENTÍFICOS

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D./D.^a....., con D.N.I.
y en calidad de, es consciente de que el paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este momento, por lo que asume la responsabilidad de la decisión, en los mismos términos que haría el propio paciente.

En _____, a ____ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El representante legal

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Por la presente, ANULO cualquier autorización plasmada en el presente documento, que queda sin efecto a partir del momento de la firma.

Me han sido explicadas las repercusiones que, sobre la evolución de mi proceso, esta anulación pudiera derivar y, en consecuencia, las entiendo y asumo.

En _____, a ____ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El paciente/representante legal

Nombre y apellidos:

Firma: