Imprimir formulario

Cruz Roja

Centro de Hemodiálisis de Oviedo

.- Nombre y apellidos del paciente: .- DNI del paciente:
En caso de representante legal: .- Nombre y apellidos: .- DNI: .- En calidad de (hijo/a, etc.):

1. Información

La actuación de la familia en todos los procesos crónicos del paciente es fundamental.

Hacer partícipe a la familia en su tratamiento de hemodiálisis es muy positivo, ya que sentirá el apoyo en una situación que afronta en soledad, que no sólo afecta a la hora del tratamiento, sino que en su domicilio continua con la instauración de una dieta adecuada a la diálisis, una toma de medicación correcta y una estabilidad emocional que será compartida por la familia.

Es por ello que las acciones de acompañamiento y de comunicación, de búsqueda activa de soluciones, y de provisión de cuidados, se convierten en estímulos fundamentales para atenuar el impacto de su enfermedad, fomentar la adhesión al tratamiento y lograr la recuperación de la salud.

Este documento sirve para que usted, o quien le represente, **dé su consentimiento para informar sobre su tratamiento de hemodiálisis en este Centro** a la(s) persona(s) que usted disponga.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

2. Consentimiento Informado

2.1 Consentimiento

Yo, D/Dña , **autorizo al Centro de Hemodiálisis de Cruz Roja de Oviedo a informar sobre mi tratamiento de hemodiálisis en este Centro a las(s) siguiente(s) persona(s).**

Nombre y apellidos: DNI: Teléfono:
Nombre y apellidos: DNI: Teléfono:
Nombre y apellidos: DNI: Teléfono:
Nombre y apellidos: DNI: Teléfono:

El/La Paciente o Representante legal
Fecha:

El/La Facultativo/a
Fecha:

2.2 Rechazo

Yo, D/Dña , **NO autorizo al Centro de Hemodiálisis de Oviedo a informar sobre mi tratamiento de hemodiálisis en este Centro a ninguna persona que no sea yo mismo(a).**

El/La Paciente o Representante legal
Fecha:

El/La Facultativo/a
Fecha:

2.3 Revocación del consentimiento

Yo, D/Dña , **de forma libre y consciente, he decidido retirar el consentimiento al Centro de Hemodiálisis de Oviedo para informar sobre mi tratamiento de hemodiálisis a personas que no sea yo mismo(a), salvo que indique lo contrario en consentimientos posteriores a éste.**

El/La Paciente o Representante legal
Fecha:

El/La Facultativo/a
Fecha:

Protección de datos : Conforme al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, le informamos que los datos personales aportados por Vd. serán tratados por CRUZ ROJA ESPAÑOLA CENTRO HEMODIÁLISIS DE OVIEDO, para la prestación de la asistencia sanitaria requerida, así como gestionar y conservar su consentimiento para la realización de los tratamientos indicados.
Para obtener información adicional sobre nuestra política de privacidad, visite la página web www.crhemodov.com

Puede ejercer los derechos de acceso rectificación, cancelación, oposición, limitación y portabilidad, dirigiéndose a CRUZ ROJA ESPAÑOLA - CENTRO HEMODIÁLISIS DE OVIEDO Calle Martínez Vigil, 36, 33010 Oviedo (Asturias). (Att/ Delegado de Protección de Datos) o por correo electrónico en la dirección rgpdcdialisis@crhemodov.com