

## BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO

### DATU KLINIKOAK JASOTZEA / RECOGIDA DE DATOS CLÍNICOS

#### A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:  
<<NOMBREMEDICO>> Data: <<FECHA>>

#### B. INFORMAZIOA:

Zuk duzun bihotz-patologiaren tratamenduarekin lotuta, bihotzeko errehabilitazioko programa batean sartu zaituzte. Programa horretan zauden bitartean, zure eboluzioaren datu klinikoak jasoko dira (analitikak, bihotzeko probak, eta abar); horiek ematen ari dizugun laguntza mota ebaluatzeko, eta ondoren, ikerketak, azterketak eta zientzia-aldizkarietan emaitzen argitalpenak egiteko erabili ahal izango dira; horrela, zu artatzeko arrazoi diren arazoak hobeto ezagutzeko aukera izango dugu. Horregatik guztiagatik, zure baimena eskatzen dizugu informazio kliniko hori helburu horretarako diseinatutako erregistro batean jasotzeko

Guztiz borondatezkoa da onartzea. Uko egin diezaiokezu guk zure datu klinikoak erabiltzeari, eta ezeko horrek ez ditu inolako kalterik eragingo; ez du ondoriorik izango ez zure mediku-arretan, ez dagozkizun onuretan.

Erregistratutako datuak aldizkari zientifikoetan argitaratu ahal izango dira, baina zure nortasuna konfidentziala izango da beti. Zuri buruz erregistratzen den informazio guztia erabat isilpekoa da, indarrean den araudian ezarritakoaren arabera (14/2007 Lege Organikoa, uztailaren 3koa, Biomedikuntzako Ikerkuntzari buruzkoa).

#### C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

Zure parte-hartzeak ez dakar zure osasunerako inolako arriskurik.

OSPITALEAK BEHAR DIREN BITARTEKOAK IZANGO DITU PREST, GERTA DAITEZKEEN KONPLIKAZIOAK TRATATZEKO.

#### A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MEDICO RESPONSABLE:  
<<NOMBREMEDICO>> Fecha: <<FECHA>>

#### B. INFORMACIÓN:

Relacionado con el tratamiento de la patología cardíaca que usted tiene se le ha incluido en un programa de rehabilitación cardíaca. Mientras permanezca en este programa, se recogerán datos clínicos de su evolución (analíticas, pruebas cardiológicas etc.) que pueden ser utilizados para evaluar el tipo de asistencia que le estamos proporcionando y para poder realizar posteriormente, investigaciones, estudios y publicaciones de los resultados en revistas científicas que nos permitirán conocer mejor los problemas por los que le atendemos. Por todo ello, solicitamos su permiso para recoger esta información clínica en un registro diseñado al efecto

Debe saber que su aceptación es totalmente voluntaria. Usted puede negarse a que utilicemos sus datos clínicos sin que de ello se derive ningún perjuicio, ni que se vea afectada su atención médica o que suponga pérdida de los beneficios a los que usted tiene derecho.

Los datos registrados podrán ser publicados en revistas científicas pero su identidad permanecerá confidencial. Toda la información que se registre de usted, es estrictamente confidencial, según lo establecido en la legislación vigente (Ley Orgánica 14/2007, de 3 de Julio, de Investigación biomédica).

#### C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

Su participación no conlleva ningún perjuicio para su salud.

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

**D. ESAN IEZAGUZU:**

Halakorik baduzu, esan behar diguzu: medikamentuekiko alergiak, koagulazioaren asaldurak, bihotz-biriketako gaixotasunak, protesiak, taupada-markagailuak, egungo medikazioa, edo beste edozein kontu; izan ere, arriskuen edo konplikazioen maiztasuna edo larritasuna handiagoa izan daiteke haien eraginez.

**D. AVÍSENOS:**

Es necesario que nos advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia, ya que pueden aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones.

**E.- ARRISKU PERTSONALAK:**

Egoera pertsonal jakin batzuek eta gaixotasunek (diabetesa, arteria-hipertentsioa, anemia...) arriskuen edo konplikazioen maiztasuna edo larritasuna areagotu dezakete. Medikatuak eman dizu zure kasuan dauden arrisku zehatzen berri.

**E. RIESGOS PERSONALIZADOS:**

Algunas circunstancias personales específicas y enfermedades (diabetes, hipertensión arterial, anemia,...) pueden aumentar la frecuencia o gravedad de riesgos o complicaciones. Su médico le ha informado acerca de los riesgos específicos en su caso.

*Historia klinikoaren fitxategiaren ardura Asistentzia Sanitarioko Zuzendaritzak dauka (Araba k., 45-01006 Vitoria-Gasteiz). Datuak eskuratu, zuzendu, ezeztatu eta aurkatzeko eskubidea erabiltzeko, organo horretara jo beharko duzu.*

*Titular moduan ematen dizkiguzun datuak sistema sanitarioko beste erakunde batzuei eta estatistikako erakunde ofizialei bakarrik lagako zaizkie. Aipatutako horiez kanpoko beste edozein lagapenatarako, zure berariazko baimena beharko da, urgentzia baterako ez bada edo azterketa epidemiologikoak egiteko ez bada (Estatuko eta autonomietako legedian ezarritako baldintzetan).*

*El responsable del fichero de historia clínica es la Dirección de Asistencia Sanitaria (c/ Álava, 45 01006 Vitoria-Gasteiz), órgano al que Vds. deberán dirigirse para ejercer los derechos de acceso, rectificación y cancelación.*

*Los datos que como titular Vd. facilite únicamente serán cedidos a otros organismos del sistema sanitario y organismos oficiales de estadística. Cualquier cesión fuera de las previstas requerirá su expreso consentimiento, salvo que se trate de solucionar una urgencia o para realizar estudios epidemiológicos en los términos establecidos en la legislación sobre sanidad estatal y autonómica.*

DOKUMENTU HAU SINATZEN DUT, ONGI IRAKURRI ETA NIRE ZALANTZAK GALDETU ETA ARGITZEKO AUKERA IZAN OSTEAN. BERAZ, ULERTU EGIN DUT ZER EGIN BEHAR DIDATEN, ZER EMAITZA ESPERO DAITEZKEEN ETA ZER ARRISKU ERAGIN DAITEKEEN HORRETATIK.

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.

**Pazientea/k / El Paciente/s****Pazientearen izen-abizenak eta NAN**

Nombre, apellidos y DNI del paciente

&lt;&lt;NOMBREPACIENTE&gt;&gt; &lt;&lt;APELLIDO1PACIENTE&gt;&gt; &lt;&lt;APELLIDO2PACIENTE&gt;&gt; &lt;&lt;DNIPACIENTE&gt;&gt;

**Sinadura/k eta data**

Firma/s y fecha

**Medikua/k / El/La Médico/s****Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.**

Nombre, apellidos y número de colegiado

&lt;&lt;NOMBREMEDICO&gt;&gt; / &lt;&lt;NUMEROCOLEGIADOMEDICO&gt;&gt;

**Sinadura eta data**

Firma y fecha

**Ordezkarria: adingabekorik edo pazientearen ezgaitasunik egotekotan / Representante: 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

