



**BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO
SARRERA GABEKO KIRURGIA ATALA / CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA**

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:

<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. AZALPENA:

Nik, <~~ ~~~> k, ospitalearekin adostasunez, neure borondatez ematen diet / ez diet ematen (ezabatu egokia ez dena) baimena Osakidetza/Deba Goieneko Ospitaleko <~~ ~~~> osasun-zerbitzuei <~~ ~~~> kirurgia-jarduketa egin diezadaten, <~~ ~~~> doktoarearen adierazpideen arabera.

Jakinaren ganean jarri nautenez, badakit zertan den sarrera gabeko kirurgia, anestesia orokorraz, atalekoaz edo lokalaz, eta badakit jarduketaren egunean bertan, ahal dela, itzuli ahal izango dudala etxera

Jarduketaren bilakaera onari laguntzeko, medikuak ondoko argibideak eman dizkit:

1. Etortzean eta jarduketaren ondorengo 24 orduetan nitaz arduratzen den pertsona batekin egon behar dudala.
2. Jarduketaren aurreko gaueko 12:00etatik aurrera ezin dudala ez jan, ezta edan ere.
3. Ezin dudala alkoholdun edaririk hartu 24 ordu igaro arte, anestesia ipintzen didatenetik.
4. Ezin dudala ezelako ibilgailurik gidatu 24 ordu igaro arte, anestesia ipintzen didatenetik.
5. Nire suspertze-aldian edozein anomalia gertatuz gero, horren berri eman behar didala nire medikuari edo ospitaleko, telefono honetara joz: 943 035 300.
6. Kirurgia egin bitartean edozein konplikazio agertuz gero, medikuak behar diren neurriak hartuko ditu, eta beharrezkotzat jotzen badu, ospitale-sarrera emango dit.

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:

<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. DEFINICIÓN:

D. <~~ ~~~> de conformidad con el Hospital, libre y voluntariamente autorizo/no autorizo (Táchese lo que no proceda), a los servicios sanitarios del Hospital Alto Deba/Osakidetza <~~ ~~~> a la realización de la actuación quirúrgica <~~ ~~~> según indicación del Dr. <~~ ~~~>

Habiendo sido informado debidamente del propósito de la Cirugía sin ingreso, sobre anestesia general, regional o local, con la peculiaridad de poder volver a casa con mi familia, si puede ser, el mismo día de la intervención.

Para ayudar en el éxito de mi intervención, el médico me ha facilitado la siguiente información:

1. Deberá estar acompañado por una persona responsable durante el ingreso y las 24 h. posteriores a la intervención.
2. No comer ni beber después de las 12 h. de la noche anterior a la intervención.
3. No beber alcohol hasta después de las 24 h. de siguientes a la anestesia.
4. No puede conducir ningún tipo de vehículo hasta después de las 24 h. siguientes a la anestesia.
5. Notificar al hospital o al médico de la aparición de una situación anormal en mi recuperación, llamando al tel.: 943035300.
6. En cualquier caso de complicación durante la cirugía, el médico actuará en consecuencia, y si es necesario tramitará mi ingreso en el Hospital, si así lo considera conveniente.



<-->

Datuak babesteari buruzko oinarritzko informazioa: Interesdunari jakinarazten zaio bere datu pertsonalak Osakidetza – Euskal osasun-zerbitzuak tratatuko dituela. HISTORIA KLINIKOA tratamenduaren xedea da pazientearen historia klinikoren datuak izatea, horren jarraipena egiteko eta laguntza-jarduera kudeatzeko, legezko betebeharrak betetzeko. Posible da datuak honako hauei jakinaraztea: Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila, GSIN, agintari judizialak eta aseguru-etxeak. Datuak interesdunak berak, Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailak eta Osakidetza langile sanitarioek eman dituzte. Interesdunak eskubidea du datuetara sartzeko eta horiek zuzendu edo ezabatzeko, eta tratamendua mugatzeko edo horri uko egiteko. Datuen babesari buruzko informazio gehiago duzu webgune honetan:

<http://www.osakidetza.euskadi.eus/babesdatuak>

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 asistencia, conforme al cumplimiento de una obligación legal. 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 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

<--> <<NOMBREPACIENTE>> <<APELLIDO1PACIENTE>> <<APELLIDO2PACIENTE>> <<DNIPACIENTE>>

-->

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

<<NOMBREMEDICO>> / <<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

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