



**BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO
JAIOBERRIAK LEKUZ ALDATZEA / TRANSPORTE NEONATAL**

Izen-abizenak (aita / ama / senidea / tutorea) / Nombre y apellidos (Padre / madre / familiar / tutor-a):

<~~ ~>

NAN / Pasaportea / DNI / Pasaporte: <~~ ~>

Umearen izen-abizenak / Nombre y apellidos del niño / niña: <~~ ~>

Helbidea / Domicilio: <~~ ~> **Herria / Localidad** <~~ ~> ,

Probintzia / Provincia <~~ ~> **Posta-kodea / Código Postal** <~~ ~>

Telefona / Teléfono: <~~ ~>

HAUXE ADIERAZTEN DUT:

<~~ ~>

Doktoreak behar bezala azalduta, ulertu dut beharrezkoa dela umea lekuz aldatzea, hain zuzen ere: Hospital honetatik: <~~ ~> (Herria: <~~ ~>), Hospital honetara <~~ ~> (Herria: <~~ ~>)

Lekualdaketan gerta daitezkeen arrisku eta konplikazioen berri eman dit, eta umearen zainketa eta tratamenduari begira, une honetan aukerarik onena dela ere esan dit.

Beraz, ONARTZEN DUT:

Osakidetza Emergentzietako garraio-ekipoak umea lekuz aldatzea eta, lekualdaketan zehar, egokitzat jotzen dituzten teknika eta prozedurak egitea

DECLARA:

Que el Facultativo Dr/a <~~ ~> me ha explicado satisfactoriamente y he comprendido la necesidad del traslado del niño /a desde el Hospital de <~~ ~>, hasta el Hospital . <~~ ~>

Me ha explicado los riesgos y complicaciones que pueden surgir durante el mismo, así como que el traslado es la mejor alternativa en el momento actual para sus cuidados y tratamiento.

Por ello, **AUTORIZO:**

Que el niño/a sea trasladado por el Equipo de transporte de Emergencias Osakidetza, y que este pueda realizar las técnicas y procedimientos que considere mas adecuados para su atención durante el traslado.



<-->

Datuak babesteari buruzko oinarrizko 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