



**BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**INFEKZIOA EDUKITA LARRIALDIETAN ARRETA JASO DUTEN GERIATRIAKO PAZIENTEEN  
HERIOTZEN AURREIKUSPEN-EREDUA**

**MODELO DE PREDICCIÓN DE MORTALIDAD EN PACIENTES GERIÁTRICOS CON INFECCIÓN  
ATENDIDOS EN URGENCIAS**

**A. IDENTIFIKAZIOA:**

**DATA:**

**IKERTZAILEAREN IZEN-ABIZENAK:**

<~~ ~>

**PARTEHARTZAIAREN IZEN-ABIZENAK:**

<~~ ~>

**A. IDENTIFICACIÓN:**

FECHA : <~~ ~>

NOMBRE Y APELLIDOS DEL/LA INVESTIGADOR/A:

<~~ ~>

NOMBRE Y APELLIDOS DEL/LA PARTICIPANTE:

<~~ ~>

**Ikerlanari buruzko informazio-orria irakurri dut eta beharrezkotzat jo ditudan galdera guztiak egiteko aukera eduki dut. Beraz, behar nuen informazioa jaso dut gaiari buruz.**

**Ulertzen dut borondatez hartzen dudala parte ikerlanean eta nahi dudanean utz dezakedala, inolako azalpenik eman barik eta zainketa medikoan ondorioz izan gabe.**

**Askatasunez onartzen dut ikerlan honetan parte hartzea eta nire dokumentu medikoak erabiltzea; dokumentu horiek Datu Pertsonalak Babesteari buruzko 15/1999 Legearen babespean egongo dira uneoro.**

**Baimen informatu dokumentu honen kopia bat jasoko dut, sinatua eta dataduna, eta aurrerantzean kontserbatuko dut.**

He leído la hoja de información relativa al estudio y he podido realizar preguntas que he considerado oportunas al respecto. He recibido la información que necesitaba sobre el tema.

Comprendo que mi participación en el estudio es voluntaria y que puedo retirarme del mismo cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que repercuta en mis cuidados médicos.

Acepto libremente participar en este estudio de investigación y ceder mis documentos médicos, que estarán en todo momento amparados por la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

Recibiré una copia de este documento de consentimiento informado, firmado y fechado, que lo deberé conservar en adelante.

**ONDORIOZ, BAIMENA EMATEN DUT IKERLANEAN ARITZEKO**

**EN CONSECUENCIA DOY MI CONSENTIMIENTO PARA TOMAR PARTE EN EL ESTUDIO**



<-->

**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