



MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

D/Doña

DNI

Domicilio

Fecha Incapacidad Temporal:

Declaro que

Me encuentro en situación de Incapacidad Temporal por contingencias comunes y en espera de la realización de (proba diagnóstica/ tratamiento médico).....

La Mutua Colaboradora con la Seguridad Social arriba identificada, en virtud de lo señalado en el art. 80 del Reglamento sobre colaboración de las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social aprobado por Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre, me ofrece el adelanto en:

Centro:

Día:

Hora:

He sido informado en lenguaje comprensible y de forma detallada por el/la médico de la Mutua, Dr/Dra de la realización de la prueba, de los RIESGOS de su realización y de los riesgos personalizados, así como , de que puedo REVOCAR el consentimiento en cualquier momento sin expresión de la causa de la revocación debiendo ser tal revocación de forma fehaciente al equipo médico actuante , sin que ello tenga repercusiones en la prestación económica de la situación de Incapacidad Temporal.

Estoy de acuerdo con que según lo establecido en la Ley 35/2014, de 26 de diciembre, por la que se modifica el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (TRLGSS) en relación con el régimen jurídico de las Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social, el médico del Centro Concertado con el SERGAS donde se va a realizar la prueba, ponga en IANUS, a disposición del



facultativo del Servicio Público de Salud que me presta asistencia, los resultados de esta prueba / tratamiento .

Una vez incorporados a IANUS el estudio e informe, el SERGAS eliminará de la lista de espera la realización de dicha prueba y tramitará la consulta sucesiva con atención hospitalaria con la máxima celeridad posible.

La mutua colaboradora con la Seguridad Social asumirá a su cargo, el coste originado por la realización , según establece el artículo 82.4 letra g) del TRLGSS.

En ningún caso las prueba/ tratamiento supondrá la asunción de la prestación de asistencia sanitaria derivada de contingencias comunes por la Mutua.

En....., ade.....de

Firma del médico

Firma legible del paciente

NORMATIVA REGULADORA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO
(Art. 8.1 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre reguladora de la autonomía del/de la paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
Ley 3/2001, de 28 de mayo, Reguladora del Consentimiento Informado y de la Historia Clínica de los Pacientes. Galicia. Modificada por Ley 3/2005, de 7 de marzo)

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSOLES	
Responsable del tratamiento	Consellería de Sanidade como responsable del sistema de información del Sistema Público de Salud de Galicia (Ley 8/2008, del 10 de julio, de Salud de Galicia).
Identificación del tratamiento	Gestión de Historia Clínica y Actividad asistencial Inspección de Servicios Sanitarios Identificación usuarios y profesionales del Sistema Público Sanitario Gestión económica, presupuestaria y relaciones económicas con terceros
Finalidades del tratamiento	Incorporación en la Historia Clínica Electrónica del Sistema Público de Salud de Galicia (IANUS) de los resultados de una prueba / tratamiento asociados a una situación de Incapacidad Temporal por contingencias comunes por el Centro Concertado donde se va a realizar la prueba al amparo del Convenio firmado por la Consellería de Sanidade y AMAT (Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social)
Legitimación para el tratamiento	los artículos 6.1.c) y 6.1e)] del RGPD
Ejercicio de derechos	Toda persona física tiene reconocido legalmente el derecho a acceder a los datos relativos a su persona que están siendo tratados. También tiene derecho a solicitar la rectificación y supresión de estos datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Si desea ejercitar sus derechos (acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad e limitación de tratamiento) puede hacerlo en la Consellería de Sanidad o cualquiera de los centros/unidades dependientes de esta, así como en el Servizo Galego de Saúde o cualquiera de los centros/unidades dependientes de este así como las distintas fundaciones públicas sanitarias adscritas a la Consellería de Sanidad y el Servizo Galego de Saúde.
Contacto delegado de protección de datos	Delegado.proteccion.datos@sergas.gal
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web: http://www.sergas.gal/protecciondatos
En cumplimiento del REGLAMENTO (UE) 2016/679 Del PARLAMENTO EUROPEO y del CONSELLO de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos, RGPD) y Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGD)	



CONSENTIMENTO INFORMADO

D/Dona

DNI

Domicilio

Data da Incapacidade Temporal:

Declaro que

Me encontro en situación de Incapacidade Temporal por continxencias comúns e en espera da realización de (proba diagnóstica/ tratamento médico).....

A Mutua Colaboradora coa Seguridade Social arriba identificada, en virtude do sinalado no art. 80 do Regulamento sobre colaboración das Mutuas Colaboradoras coa Seguridade Social aprobado polo Real Decreto 1993/1995, do 7 de decembro, ofréceme o adianto en:

Centro:

Día:

Hora:

Fun informado en linguaxe comprensible e de forma detallada polo/la médico da Mutua, Dr/Dra da realización da proba, dos RISCOS da súa realización de dos riscos personalizados, así como , de que podo REVOCAR o consentimento en calquera momento sin expresión da causa da revogación debendo ser tal revogación de forma fidedigna ao equipo médico actuante , sin que elo teña repercusións na prestación económica da situación de Incapacidade Temporal.

Estou de acordo con que segundo o establecido na Lei 35/2014, do 26 de decembro, pola que se modifica o texto refundido da Lei Xeneral da Seguridade Social (TRLGSS) en relación có réxime xurídico das Mutuas Colaboradoras coa Seguridade Social, o médico do Centro Concertado co SERGAS onde se vai realizar a proba,



poña en IANUS , a disposición do facultativo do Servicio Público de Saúde que me presta asistencia, os resultados desta proba / tratamento .

Unha vez incorporados a IANUS o estudio e informe, o SERGAS eliminará da lista de espera a realización de a dita proba e tramitará a consulta sucesiva con atención hospitalaria coa máxima celeridade posible.

A mutua colaboradora coa Seguridade Social asumirá ao seu cargo, o custo orixinado pola realización , segundo establece o artigo 82.4 letra g) do TRLGSS.

En ningún caso a proba/ tratamento suporá a asunción da prestación de asistencia sanitaria derivada de continxencias comúns pola Mutua.

En....., ade.....de

Firma do médico

Firma lexible do paciente

NORMATIVA REGULADORA DO CONSENTIMENTO INFORMADO

(Art. 8.1 da Lei 41/2002 do 14 de novembro reguladora da autonomía do/da paciente e de dereitos e obrigas en materia de información e documentación clínica.

Lei 3/2001, do 28 de maio, Reguladora do Consentimento Informado e da Historia Clínica dos Pacientes. Galicia. Modificada pola Lei 3/2005, do 7 de marzo)

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSOAIS	
Responsable do tratamento	Consellería de Sanidade como responsable do sistema de información do Sistema Público de Saúde de Galicia (Lei 8/2008, do 10 de xullo, de saúde de Galicia).
Identificación do tratamento	Xestión de Historia Clínica e Actividade asistencial Identificación usuarios e profesionais do sistema público sanitario Xestión económica, orzamentaria e relacións económicas con terceiros
Finalidades do tratamento	Incorporación en la Historia Clínica Electrónica del Sistema Público de Salud de Galicia (IANUS) dos resultados dunha proba / tratamento asociados a unha situación de Incapacidade Temporal por continxencias comuns polo Centro Concertado onde se vai a realizar a proba ao abeiro firmado pola Consellería de Sanidade/Sergas e AMAT (Asociación de Mutuas Colaboradoras coa Seguridade Social)
Lexitimación para o tratamento	os artigos 6.1.c) e 6.1e)] do RXPDP
Exercicio de dereitos	Toda persoa física ten recoñecido legalmente o dereito a acceder os datos relativos a súa persoa que están sendo tratados. Tamén ten dereito a solicitar a rectificación e supresión destes datos, así como outros dereitos, como se explica na información adicional. Si desexa exercitar os seus dereitos (acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidade e limitación de tratamento) pode facelo na Consellería de Sanidade ou calquera dos centros/unidades dependentes desta, así como no Servizo Galego de Saúde ou calquera dos centros/unidades dependentes deste así como as distintas fundacións públicas sanitarias adscritas á Consellería de Sanidade e o Servizo Galego de Saúde.
Contacto delegado de protección de datos	Delegado.proteccion.datos@sergas.gal
Información adicional	Pode consultar a información adicional e detallada sobre Protección de Datos na nosa páxina web: http://www.sergas.gal/protecciondatos
En cumprimento do REGULAMENTO (UE) 2016/679 DO PARLAMENTO EUROPEO E DO CONSELLO de 27 de abril de 2016 relativo á protección das persoas físicas no que respecta ao tratamento de datos persoais e á libre circulación destes datos e polo que se deroga a Directiva 95/46/CE (Regulamento xeral de protección de datos, RXPDP) e Lei Orgánica 3/2018, de 5 de decembro, de Protección de Datos Persoais e garantía dos dereitos dixitais (LOPDGD)	