AUTORIZACIÓN E CONSENTIMENTO INFORMADO PARA A REALIZACIÓN DE PROBAS DIAGNÓSTICAS, TRATAMENTOS TERAPÉUTICOS E REHABILITADORES POLA MUTUA COLABORADORA COA SEGURIDADE SOCIAL NOS PROCESOS DE INCAPACIDADE TEMPORAL POR CONTINXENCIAS COMÚNS

D./D.ª:

DNI:

Domicilio:

Data de inicio da incapacidade temporal:

Nº de afiliación á Seguridade Social:

Mutua Colaboradora coa Seguridade Social:

Declaro que fun informado/a de forma suficiente e comprensible sobre a posibilidade de que a Mutua Colaboradora coa Seguridade Social realice as probas diagnósticas, tratamentos terapéuticos e rehabilitadores necesarios que garden relación directa co proceso de incapacidade temporal derivado de continxencias comúns no que me atopo.

Así mesmo, declaro ter recibido información sobre a finalidade das actuacións propostas, orientadas a favorecer o tratamento, a recuperación funcional e evitar demoras innecesarias no proceso asistencial, así como sobre a natureza das probas ou tratamentos que se me poidan realizar e os riscos e molestias asociados aos mesmos, os beneficios esperados, as alternativas razoables e as consecuencias previsibles tanto da súa realización como da súa non realización. Presto este consentimento de forma libre e voluntaria, unha vez valoradas as opcións propias do meu caso.

En consecuencia AUTORIZO

Que a Mutua Colaboradora coa Seguridade Social realice as probas diagnósticas, e tratamentos terapéuticos e rehabilitadores relacionadas co meu proceso de incapacidade temporal por continxencias comúns.

Igualmente, declaro coñecer que podo revogar este consentimento total ou parcialmente, en calquera momento por escrito e sen necesidade de expresar a causa. A negativa ou a revogación do consentimento non afectará á asistencia sanitaria que me presta o Servizo Galego de Saúde.

Estou de acordo con que segundo o establecido no artigo 82.4.d) do texto refundido da Lei xeral da Seguridade Social, aprobado polo Real decreto lexislativo 8/2015, do 30 de outubro (TRLGSS), e na normativa reguladora do réxime xurídico das Mutuas Colaboradoras coa Seguridade Social, se poñan, a través dos servizos de interoperabilidade do Sistema Nacional de Saúde e para a súa incorporación á historia clínica electrónica (IANUS), á disposición do facultativo do Servizo Público de Saúde que me presta asistencia, os resultados destas probas e/ou tratamentos terapéuticos e rehabilitadores. Unha vez incorporados a IANUS o estudo e o informe, o SERGAS retirará da lista de espera a realización da devandita proba.

Declaro ter sido informado/a de que os datos persoais e sanitarios derivados destas actuacións serán tratados conforme ao Regulamento (UE) 2016/679, do 27 de abril de 2016 (RXPD), á Lei orgánica 3/2018, do 5 de decembro, e á Lei 41/2002, do 14 de novembro, garantindo a confidencialidade da información sanitaria e limitándose aos datos estritamente necesarios para a realización das actuacións autorizadas e a xestión do proceso de incapacidade temporal. A Mutua e o Servizo Galego de Saúde tratarán os datos, cada un no ámbito das súas competencias, e poderei exercer ante cada un deles os dereitos de acceso, rectificación, supresión, limitación do tratamento e oposición.

Declaro que recibo unha copia deste documento e que comprendín adecuadamente a información recibida.

En _____, ___ de _____ de 20____

Firma do médico Firma do paciente

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES	
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 Inspección de Servicios Sanitarios Identificación usuarios e profesionais do Sistema Público Sanitario Xestión económica, presupuestaria e relacions económicas con terceiros
Finalidades do tratamento	Incorporación na Historia Clínica Electrónica do Sistema Público de Saúde de Galicia (IANUS) dos resultados dunha proba / tratamento asociados a unha situación de Incapacidade Temporal por continxencias comúns polo Centro Concertado onde se vai a realizar a proba ao amparo do Convenio asinado pola Consellería de Sanidade e AMAT (Mutuas Colaboradoras coa Seguridade Social)
Lexitimación para o tratamento	os artículos 6.1.c) e 6.1e)] del RGPD
Ejercicio de derecho	Toda persoa física ten recoñecido legalmente o dereito para acceder aos datos relativos á súa persoa que están a ser tratados. Tamén ten dereito a solicitar a rectificación e supresión destes datos, así como outros dereitos, como se explica na información adicional. Se 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 do 27 de abril de 2016 relativo á protección das persoas físicas no que respecta o tratamento de datos privados e a la libre circulación destes datos e polo que se derroga a Directiva 95/46/CE (Regulamento xeral de protección de datos, RXPD) e Lei Orgánica 3/2018, do 5 de decembro, de Protección de Datos Privados e garantía dos dereitos dixitais (LOPDGD)	