

H<sup>o</sup>:

Fecha:

Nombre :

1º apellido

2º apellido:

Servicio-Unidad :

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA UTILIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL CONTROL DOMICILIARIO DE ESTIMULACIÓN CARDIACA PARA INVESTIGACIÓN MÉDICA**

### **A. IDENTIFICACIÓN:**

NOMBRE DEL MEDICO RESPONSABLE:

Fecha:

### **B. INFORMACIÓN:**

- He sido informado de la utilidad clínica del sistema de control domiciliario de mi marcapasos/desfibrilador y he autorizado su uso.
- Sé que la información enviada queda registrada en un servidor seguro y que se cuenta con un acceso restringido por parte del equipo sanitario que me atiende.
- He sido informado de que este sistema, de contrastada seguridad, precisa de adaptaciones en el sistema de trabajo de los centros sanitarios que lo utilizan.
- Mi médico me ha solicitado utilizar esta información con fines científicos, para mejora de las prestaciones del sistema, colaborar en la formación continuada de los profesionales sanitarios y de la atención sanitaria en general.
- El manejo de esta documentación preservará mi identidad en todo momento, asegurando su confidencialidad de acuerdo a la LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal y al Reglamento de la Unión europea 2016/679
- He sido informado por el Médico, del funcionamiento, las condiciones de uso, las ventajas y limitaciones del control domiciliario de estimulación cardiaca y de que en cualquier momento, puedo revocar mi consentimiento.
- He sido informado sobre los objetivos de la utilización de la información contenida en la base de datos del sistema de seguimiento domiciliario.
- Doy mi consentimiento expreso a que mis datos, cumpliendo los requisitos expresados anteriormente en este documento, sean utilizados constituyendo la base de un registro prospectivo con fines investigacionales y docentes. y para que sean accesibles al centro de servicios para la generación y tratamiento de los correspondientes informes de seguimiento
- He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

**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.**