

Área de Gestión Clínica de Salud Mental

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO CON

- FUERA DE FICHA TÉCNICA
 POR OTROS MOTIVOS

Número de Historia:

.....

Don/Doña: de años edad
(Nombre y dos apellidos de El/La Paciente)

con domicilio en: y D.N.I.

Don/Doña: de años edad
(Nombre y dos apellidos del representante legal en caso de

con domicilio en: y D.N.I.

en calidad de de Don/Doña:
(Representante legal: padre, madre, tutor, (Nombre y dos apellidos de El/La Paciente)

DECLARO:

QUE EL/LA DOCTOR/A
(Nombre y dos apellidos del facultativo que proporciona la información)

Me ha explicado que en mi situación:

DIAGNOSTICO:

.....

TRATAMIENTOS PREVIOS:

.....

Es conveniente proceder al **TRATAMIENTO CON;**

.....

Por los siguientes motivos:



Declaro que he sido informado verbalmente y por escrito sobre los beneficios y posibles perjuicios que podría suponer comenzar el tratamiento con para el curso de mi enfermedad, mi bienestar y salud en los supuestos generales y en mi caso concreto, de los detalles prácticos para el cumplimiento del tratamiento que se me prescribe, incluyendo dosis y horas en que debo realizar las tomas correspondientes, de los riesgos personalizados y me han respondido a todas las preguntas que he hecho, habiendo entendido y estando satisfecho/o con todas las explicaciones y aclaraciones recibidas sobre las mismas.

De conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los Derechos digitales, se informa que los datos que facilite a los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias serán incorporados a un fichero para ser tratados con la finalidad de prestar el servicio y realizar las intervenciones que del mismo se deriven. Sólo podrán ser cedidos a organismos autorizados. Podrá ejercer el derecho a acceso, cancelación, rectificación y oposición en la Gerencia del Área.

CONSIENTO

Que se me realice el procedimiento/tratamiento de

En a de de (LUGAR Y FECHA)

Fdo.: EL/LA MÉDICO

Fdo.:EL/LA PACIENTE

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL
(Si procede)



REVOCACIÓN

Don/Doña: _____ de _____ años edad
(Nombre y dos apellidos)

con domicilio en: _____ D.N.I. _____

Don/Doña: _____ de _____ años edad
(Nombre y dos apellidos del representante legal en caso de

con domicilio en: _____ D.N.I. _____

en calidad de _____ de Don/Doña: _____
(Representante legal: padre, madre, tutor, (Nombre y dos apellidos de El/La Paciente)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha y no deseo proseguir el tratamiento propuesto, que doy con esta fecha por finalizado:

En a de de (LUGAR Y FECHA)

Fdo.: EL/LA MÉDICO

Fdo.: EL/LA PACIENTE

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL
(Si procede)