



SANATORIO
OTAMENDI MIROLI S.A.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Дата
поступления

Я,, уд. личности №
уполномочиваю всех специалистов проводить все диагностические и/или терапевтические процедуры, которые они сочтут необходимыми для постановки диагноза моего состояния и проведения соответствующего лечения.

Для инвазивных или связанных с риском процедур необходимо подписать форму информированного согласия с подробным описанием процедуры.

Настоящим я заявляю, что был/а проинформирован/а о заболевании, которое я имею, и о лечении, которое мне предстоит пройти. Я был/а подробно проинформирован/а о каждом из возможных прямых и косвенных рисков, которые могут возникнуть в результате моего состояния и/или предложенных диагностических и/или терапевтических процедур. Я проинформирован/а о том, что невозможно гарантировать излечение или результат лечения и/или медицинского вмешательства, которому я буду подвергнут/а, я соглашаюсь и принимаю, в случае их возникновения, вытекающие из них последствия, как непосредственные, так и опосредованные.

Я подтверждаю, что меня проинформировали о том, что студенты-практиканты могут быть вовлечены в процесс оказания мне медицинской помощи.

Уполномочиваю страховую компанию, к которой я принадлежу, запросить фотокопию моей истории болезни для целей, которые она считает необходимыми.

СОГЛАСИЕ НА ХРАНЕНИЕ, ОБРАБОТКУ И ПЕРЕДАЧУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ.

Я признаю, что в соответствии с положениями ст. 8 Закона № 25.326 государственные или частные медицинские учреждения и специалисты, связанные с науками о здоровье, могут собирать и обрабатывать персональные данные, касающиеся физического или психического здоровья пациентов, посещающие их или находящиеся или находившиеся на лечении у них, соблюдая принципы профессиональной тайны. В соответствии с вышеупомянутым Законом о защите персональных данных я даю своё согласие АО Санаторию Отаменди и Мирولي обрабатывать и передавать третьим лицам, электронными средствами или иным способом, мои персональные данные и/или данные лица, за которое я несу ответственность и/или которое я представляю, включая данные, считающиеся конфиденциальными в соответствии с данным законодательством, которые могут быть получены в связи с медицинским обслуживанием, предоставляемым данным учреждением. Обработка и передача данных, разрешённых настоящим документом, включает в себя сбор, упорядочивание, хранение, сохранение, изменение, связывание, оценку, передачу, блокирование и уничтожение. К третьим лицам, которым могут быть переданы данные в соответствии с настоящим разрешением, относятся финансирующие организации системы здравоохранения и те, кто обязан делать это по закону. Субъекты данных могут воспользоваться правом исправления, обновления и удаления личных данных, собранных и являющимися частью нашей базы данных. Субъекты персональных данных имеют право реализовать своё право на бесплатный доступ к таким данным не чаще 1 раза за шесть месяцев, за исключением случаев наличия законного интереса в соответствии с положениями ст. 4, п. 3 Закона N.º 25.326. НАЦИОНАЛЬНОЕ УПРАВЛЕНИЕ ПО ЗАЩИТЕ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ, надзорный орган установленный Законом № 25.326, отвечает за рассмотрение жалоб и претензий, поданных в связи с несоблюдением правил защиты персональных данных.

Буэнос-Айрес, число месяц....., в часов

Подпись пациента

Расшифровка

Подпись врача

Расшифровка

В случае, если пациент не может поставить подпись, уточнить причину:

.....

Подпись сопровождающего

Расшифровка

Кем приходится пациенту

ОТЗЫВ/ОТКАЗ ОТ ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ

Сегодня,/...../..... я, настоящим отзываю/отказываюсь от данного согласия, будучи должным образом проинформирован/а лечащим врачом о медицинских последствиях НЕ выполнения описанной в нем процедуры. Я безоговорочно принимаю на себя ответственность и последствия принятого мною решения.

Подпись пациента или представителя /расшифровка/ № документа.

Подпись и печать врача