

FARMACIA O.F.	CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE	Modelo M-SPD.05 Página 1 de 1 Rev.: 0
--------------------------	--	---

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

D/Dña, con DNI, en nombre propio o como responsable de la medicación (familiar, cuidador o representante legal) de D/Dña. (táchese lo que no proceda), autorizo a la farmacia a preparar mi medicación en un Sistema Personalizado de Dosificación. Para ello doy mi permiso para registrar mis datos farmacéuticos, personales y de salud, de los que no se hará ningún otro uso sin mi consentimiento expreso. Dejo en depósito en la farmacia mi medicación previamente dispensada.

Manifiesto haber sido informado de todo el proceso de preparación del Sistema Personalizado de Dosificación, y que el servicio se inicia a petición mía y se llevará a cabo en tanto permanezca este acuerdo.

Igualmente, me comprometo a comunicar en la oficina de farmacia y a la mayor brevedad los cambios que los médicos introduzcan en mi medicación, y a llevar las recetas médicas con suficiente antelación.

....., a de de

Firmado

Por su parte, el titular de la farmacia se compromete a:

- Mantener la privacidad de los datos personales y farmacológicos.
- Custodiar adecuadamente los medicamentos restantes.
- Realizar las actividades del proceso siguiendo las normas establecidas en el Procedimiento Normalizado de Trabajo, y por el personal cualificado para ello.
- Proporcionar la información necesaria para facilitar la correcta utilización de los medicamentos.
- Realizar un seguimiento de los tratamientos con el fin de mejorar el cumplimiento de la terapia y prevenir, detectar y resolver problemas relacionados con los medicamentos.
- Avisar al paciente con la mayor prontitud ante cualquier situación que invalide un blíster (retirada de un medicamento, de un lote, etc)

....., a de de

Firmado

En cumplimiento de la LO 3/2018 de Protección de Datos y garantía de derechos digitales, y Reglamento (UE) 2016/679 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 le informamos que sus datos pasarán a formar parte de la titularidad de la farmacia cuyos datos constan en el presente, cuya finalidad es la derivada de la atención farmacéutica y elaboración de SPDs que ha solicitado, así como la gestión de tipo administrativa implícita. El interesado podrá acceder, rectificar y suprimir los datos, así como limitar su tratamiento o solicitar la portabilidad a otro responsable, mediante escrito, acompañado de fotocopia de DNI, dirigido al titular de la farmacia, con domicilio profesional donde consta en el presente. puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en el plan de seguridad a su disposición en este establecimiento.