

FARMACIA O.F.	AUTORIZACIÓN DE PACIENTES EN CENTROS SOCIOSANITARIOS	Modelo ME-SPD.06 Página 1 de 1 Rev.: 1
--------------------------	---	--

AUTORIZACIÓN DE PACIENTES EN CENTROS SOCIOSANITARIOS

D/Dña, con DNI, como representante legal del centro sociosanitario, situado en del municipio de autorizo a la farmacia a preparar la medicación de los pacientes residentes en el centro que figuran en la relación anexa, en Sistemas Personalizados de Dosificación.

Autorizo, para dichos pacientes, el registro de los datos farmacéuticos, personales y de salud, de los que no se hará ningún otro uso sin mi consentimiento expreso, así como la custodia y conservación de la medicación de cada uno de ellos.

Manifiesto que el servicio médico del Centro ha sido informado de todo el proceso de preparación del Sistema Personalizado de Dosificación y se compromete a:

- Facilitar la información relativa a los tratamientos de los pacientes del Centro de forma actualizada.
- Comunicar por escrito con la suficiente antelación los cambios en la medicación de los pacientes.
- Cumplir con las condiciones de conservación del SPD.

....., a de de

Firmado

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

- Mantener la privacidad de los datos personales y farmacológicos de los pacientes.
- 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.
- 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

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos personales, los datos que se faciliten se incorporarán al fichero del farmacéutico con la única finalidad de ofrecer una mejor asistencia sanitaria y atención farmacéutica.

<p>FARMACIA O.F.</p>	<p>AUTORIZACIÓN DE PACIENTES EN CENTROS SOCIOSANITARIOS</p>	<p>Modelo ME-SPD.06 Página 1 de 1 Rev.: 1</p>
--------------------------	--	---

Nombre y Apellidos
1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.
13.
14.
15.
16.
17.
18.
19.
20.
21.
22.
23.
24.
25.
26.
27.
28.
29.
30.
31.
32.
33.
34.
35.
36.
37.
38.
39.
40.