GENERALITAT VALENCIANA

DECLARACIÓ DE CONSENTIMENT INFORMAT / REVOCACIÓ DE CONSENTIMENT INFORMAT

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO / REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

A DADES DEL PACIENT / *DATOS DEL PACIENTE*

COGNOMS / *APELLIDOS*	NOM / *NOMBRE*	DNI	DATA DE NAIXEMENT *FECHA DE NACIMIENTO*

NÚM. SIP / *Nº SIP*	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / *DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)*	CP

LOCALITAT / *LOCALIDAD*	PROVÍNCIA / *PROVINCIA*	TELÈFON / *TELÉFONO*	CORREU ELECTRÒNIC / *CORREO ELECTRÓNICO*

DADES DEL REPRESENTANT LEGAL / *DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL*

COGNOMS / *APELLIDOS*	NOM / *NOMBRE*	DNI	DATA NAIXEMENT *FECHA NACIMIENTO*	COM A / *EN CALIDAD DE*

B DADES DEL METGE / *DATOS DEL MÉDICO*

COGNOMS / *APELLIDOS*	NOM / *NOMBRE*	DNI	NÚM. COL·LEGIAT / *Nº COLEGIADO*

C PROCEDIMENT / *PROCEDIMIENTO*

NOM DEL PROCEDIMENT / *NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO*

RISCOS ESPECÍFICS EN FUNCIÓ DE LA SITUACIÓ CLÍNICA DEL PACIENT / *RIESGOS ESPECÍFICOS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE*

D DECLARACIÓ DE CONSENTIMENT / *DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO*

DECLARE QUE:
- el doctor/a m'ha explicat que és convenient/necessari la realització d'este procediment
- he comprés la informació rebuda
- he pogut formular totes les preguntes que he cregut oportunes
- he sigut informat/ada que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment

Per tant

DECLARO que:
- *el doctor/a me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento*
- *he comprendido la información recibida*
- *he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas*
- *he sido informado/a de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento*

Por lo tanto

☐ Autoritze la realització d'este procediment
Autorizo la realización de este procedimiento

☐ No autoritze la realització d'este procedimient
No autorizo la realización de este procedimiento

_____ , _____ d _____ de _____

El pacient / el seu representant / pare i/o mare / *El paciente / su representante / padre y/o madre*

El metge / *El médico*

Firma: _____ Firma: _____ Firma: _____

E REVOCACIÓ DEL CONSENTIMENT / *REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO*

Revoque el consentiment prestat en la data indicada
Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

_____ , _____ d _____ de _____

El pacient / el seu representant / pare i/o mare / *El paciente / su representante / padre y/o madre*

El metge / *El médico*

Firma: _____ Firma: _____ Firma: _____

Les dades de caràcter personal que conté l'imprés podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).
Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).