



## **CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE PARA LA UTILIZACIÓN Y PUBLICACIÓN DE DATOS CLÍNICOS EN ABIERTO EN EL E-BOLETÍN CIENTÍFICO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE TRAUMATOLOGÍA DEL DEPORTE (SETRADE)**

### **1. IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

Se solicita su autorización para utilizar los datos clínicos y de la evolución del tratamiento de su patología.....que se le ha realizado en..... y que se hallan recogidos en su historia clínica, para su publicación en abierto en el E-Boletín Científico de la Sociedad Española de Traumatología del Deporte, cuya finalidad es divulgar el diagnóstico y tratamiento de casos clínicos relacionados con la Traumatología Deportiva.

### **2. OBJETIVO**

Los resultados de esta publicación pueden contribuir a la mejora en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Los datos de su historia clínica serán custodiados en los términos previstos en la Ley 14/2007, de 3 de julio, y en el Real Decreto 1716/2011, de 18 de noviembre.

### **3. BENEFICIOS ESPERADOS**

No percibirá ninguna compensación económica o de otro tipo por ceder sus datos. Sin embargo, esta cesión podría ayudar en el futuro a pacientes que tienen la misma enfermedad o padecen otras enfermedades similares. La información no será vendida o distribuida a terceros con fines comerciales.

### **4. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO PARTICIPACIÓN Y DERECHO DE REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

La cesión de sus datos clínicos es voluntaria. Si rechaza participar, no habrá consecuencias negativas para usted.

Pueden solicitar a los investigadores que les proporcionen los datos almacenados en el registro y que corrijan los errores en ellos en cualquier momento.



## **CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE PARA LA UTILIZACIÓN Y PUBLICACIÓN DE DATOS CLÍNICOS EN ABIERTO EN EL E-BOLETÍN CIENTÍFICO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE TRAUMATOLOGÍA DEL DEPORTE (SETRADE)**

### **5. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y CONFIDENCIALIDAD**

Sus datos personales y de salud serán incorporados a un Fichero de datos para su tratamiento, de acuerdo con lo estipulado en la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los Derechos Digitales, de 5 de diciembre. El titular de los datos personales podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación/supresión y oposición, limitación o portabilidad al tratamiento de datos de carácter personal, y de revocación del consentimiento, en los términos previstos en la normativa aplicable.

### **7. INFORMACIÓN DE CONTACTO**

Si tienen alguna pregunta sobre este proyecto de investigación, puede consultar en cualquier momento al Investigador: .....

Si deciden participar en este proyecto, rellenen y firmen el formulario de consentimiento que aparece a continua

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE PARA LA UTILIZACIÓN Y PUBLICACIÓN DE DATOS CLÍNICOS EN ABIERTO EN EL E-BOLETÍN CIENTÍFICO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE TRAUMATOLOGÍA DEL DEPORTE (SETRADE)

### DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

*EJEMPLAR PARA EL PACIENTE*

### 8. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D./Dña.....de.....años de edad, con domicilio en .....DNI.....

D./Dña.....de.....años de edad, con domicilio en.....,.....DNI.....en calidad de representante (en caso de minoría legal o incapacidad) de..... con DNI.....

### DECLARO

- Que he leído la hoja de información que se me ha entregado.
- Que he comprendido las explicaciones que se me han facilitado.
- Que he podido realizar observaciones y me han sido aclaradas las dudas que he planteado.
- Que puedo revocar el consentimiento en cualquier momento sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.
- Que de forma libre y voluntaria cedo los datos que se hallan recogidos en mi historia clínica para el estudio que se me ha propuesto
- Que puedo incluir restricciones sobre el uso de las mismas.

### CONSIENTO

Que se utilicen los datos que se hallan recopilados en mi historia clínica para el mencionado estudio.

Que el investigador pueda acceder a mis datos en la medida en que sea necesario y manteniendo siempre su confidencialidad.

Que el personal del centro me contacte en el futuro en caso de que se estime oportuno añadir nuevos datos a los recogidos y/o tomar nuevas muestras.      Sí      No



**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE PARA LA UTILIZACIÓN Y PUBLICACIÓN DE DATOS CLÍNICOS EN ABIERTO EN EL E-BOLETÍN CIENTÍFICO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE TRAUMATOLOGÍA DEL DEPORTE (SETRADE)**

Deseo incluir la siguiente restricción al uso de mis datos:

.....

Fdo.: D./Dña .....

En ..... a..... de ..... de 20.....

**Si el sujeto del estudio es un adolescente capaz intelectual y emocionalmente de entre 12 y 16 años debe de ser oída su opinión y autorizar su participación en el estudio firmando también este consentimiento. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con 16 años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación y será el propio sujeto del estudio quien firmará el consentimiento (Ley 41/2002).**

**Declaración Investigador:**

He informado debidamente al donante

Fdo.:..... DNI .....

En ..... a ..... de ..... de 20...

**REVOCACIÓN**

Fdo.: D./Dña .....

Revoco el consentimiento cedido para la utilización de mis datos para el estudio propuesto

En ..... a..... de ..... de 20.....

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE PARA LA UTILIZACIÓN Y PUBLICACIÓN DE DATOS CLÍNICOS EN ABIERTO EN EL E-BOLETÍN CIENTÍFICO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE TRAUMATOLOGÍA DEL DEPORTE (SETRADE)

### 8. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

*EJEMPLAR PARA EL CENTRO*

D./Dña.....de.....años de edad, con domicilio en .....DNI.....

D./Dña.....de.....años de edad, con domicilio en.....DNI.....en calidad de representante (en caso de minoría legal o incapacidad) de.....con DNI.....

### DECLARO

- Que he leído la hoja de información que se me ha entregado.
- Que he comprendido las explicaciones que se me han facilitado.
- Que he podido realizar observaciones y me han sido aclaradas las dudas que he planteado.
- Que puedo revocar el consentimiento en cualquier momento sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.
- Que de forma libre y voluntaria cedo los datos que se hallan recogidos en mi historia clínica para el estudio que se me ha propuesto
- Que puedo incluir restricciones sobre el uso de las mismas.

### CONSIENTO

Que se utilicen los datos que se hallan recopilados en mi historia clínica para el mencionado estudio.

Que el investigador pueda acceder a mis datos en la medida en que sea necesario y manteniendo siempre su confidencialidad.

Que el personal del centro me contacte en el futuro en caso de que se estime oportuno añadir nuevos datos a los recogidos y/o tomar nuevas muestras.      Sí      No



**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE PARA LA UTILIZACIÓN Y PUBLICACIÓN DE DATOS CLÍNICOS EN ABIERTO EN EL E-BOLETÍN CIENTÍFICO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE TRAUMATOLOGÍA DEL DEPORTE (SETRADE)**

Deseo incluir la siguiente restricción al uso de mis datos:

.....

Fdo.: D./Dña .....

En ..... a..... de ..... de 20.....

**Si el sujeto del estudio es un adolescente capaz intelectual y emocionalmente de entre 12 y 16 años debe de ser oída su opinión y autorizar su participación en el estudio firmando también este consentimiento. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con 16 años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación y será el propio sujeto del estudio quien firmará el consentimiento (Ley 41/2002).**

**Declaración del investigador:**

He informado debidamente al donante

Fdo.: ..... DNI .....

En ..... a ..... de ..... de 20.....

**REVOCACIÓN**

Fdo.: D./Dña .....

Revoco el consentimiento cedido para la utilización de mis datos para el estudio propuesto

En ..... a..... de ..... de 20.....