

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HOSPITALIZACIÓN

Paciente:	Fecha de nacimiento:
Aseguradora (pago):	Número natal:
Dirección:	Número del paciente:
Teléfono:	

A) Renunciar al derecho de recibir información sobre estado de salud

Quiero recibir información sobre mi estado de salud:

SÍ /NO*

B) Registro sobre consentimiento/renuncia del paciente con otorgamiento de informaciones sobre su estado de salud

Tengo derecho a determinar a quién se puede proporcionar información sobre mi estado de salud, incluido la amplitud de esta información, y las personas a quienes no se les puede proporcionar la información. Tengo derecho de designar personas que puedan revisar mis registros médicos (en lo sucesivo "RM") y hacer copias de ellos. Soy consciente de que, en caso de empeoramiento de mi estado de salud, se les informará a las personas designadas y fue informado sobre la posibilidad de determinación de una persona, que tomará la decisión en mi lugar, si no puedo pronunciar el consentimiento con la prestación de servicios de salud, con respecto a mi estado de salud.

PROHIBO la prestación de informaciones sobre mi estado de salud a **cualquiera** de las **siguientes*** personas:

--

ESTOY CONFORME CON proporcionar información sobre mi estado de salud solo a **las personas que figuran a continuación** durante un contacto personal o por teléfono cuando se ingresa contraseña:

--

Nombre/relación	Información por teléfono	Revisión der RM	Hacer extractos/copias de RM	Puede pronunciar el consentimiento con la prestación de servicios de salud
	SÍ /NO*	SÍ /NO*	SÍ /NO*	SÍ /NO*
	SÍ /NO*	SÍ /NO*	SÍ /NO*	SÍ /NO*
	SÍ /NO*	SÍ /NO*	SÍ /NO*	SÍ /NO*
	SÍ /NO*	SÍ /NO*	SÍ /NO*	SÍ /NO*

C) Uso de medicamentos propios

En el Hospital Na Homolce, solo se le tratará con medicamentos prescritos por su médico tratante del Hospital Na Homolce. **Sin el consentimiento del médico tratante, no se puede usar ningún medicamento.** Por este motivo, todos los medicamentos que lleva al hospital tiene que entregar al personal tratante. Al final de su hospitalización, su medicamento será devuelto.

ESTOY CONFORME con las normas mencionadas anteriormente sobre el uso de los

SÍ /NO*

SÍ /NO*

medicamentos: Tengo medicamentos conmigo:

D) Consentimiento con procedimientos médicos simples

Se le realizarán procedimientos médicos simples (cambio de vendaje, inyecciones, etc.) en la cama en la habitación donde se alojará con otros pacientes.

ESTOY CONFORME con la realización de procedimientos médicos simples según la descripción anterior:

SÍ /NO*

E) Privacidad y datos personales del paciente

Los estudiantes que se preparan para la profesión médica y sus maestros pueden estar presentes en sus procedimientos de curación y diagnóstico y pueden consultar sus registros médicos. Sus registros médicos también pueden ser consultados por los miembros de la Comisión de Acreditación y la persona que monitorea y evalúa la calidad de la atención brindada. **Su posible desacuerdo no afecta la calidad de los servicios de salud provistos.**

ESTOY CONFORME con la presencia de las personas mencionadas anteriormente y con su capacidad para inspeccionar mi documentación médica:

SÍ /NO*

ESTOY CONFORME CON proporcionar información sobre mi presencia en el centro de salud:

SÍ /NO*

F) El consentimiento del paciente con la asignación de transportista del Hospital Na Homolce

ESTOY DE ACUERDO con la asignación de transportista del Hospital Na Homolce si el médico recomienda el uso de servicios de transporte médico para el transporte (ambulancia):

SÍ /NO*

G) Prohibición de grabación

Fui informado, que en el Hospital Na Homolce está prohibido grabar videos, audio o hacer grabaciones audiovisuales, excepto por razones médicas. En el caso de que infrinja esta prohibición y con uso de un tal registro el Hospital Na Homolce o un tercero sufrirán daños, estaré obligado a reemplazar el daño en su totalidad al hospital Na Homolce (o a un tercero).

H) Uso de propios aparatos eléctricos

Declaro, que mis aparatos eléctricos están en una condición que permite un uso seguro y acepto la responsabilidad por daños (incluidos daños a la salud) causados por su mal funcionamiento.

I) Prohibido fumar

Fui informado sobre la prohibición de fumar en el área del Hospital Na Homolce. La zona de fumadores se encuentra en el segundo piso al lado del ascensor blanco en el área abierta del vestíbulo.

J) Consentimiento informado del paciente para hospitalización

Soy consciente de que mis datos personales se utilizarán para identificarme y proporcionarme servicios médicos, para llevar los registros médicos y para protección de los bienes. He estado familiarizado con el orden interno del Hospital Na Homolce y estoy de acuerdo con su cumplimiento. Declaro que he sido informado sobre mis derechos en virtud con la Ley N° 372/2011, del Boletín Oficial de Estado, sobre los servicios de salud y las condiciones para su prestación, con el Reglamento general sobre la protección de los datos personales 2016/679 y con la Ley N° 101/2000 del Boletín Oficial de Estado sobre la

protección de datos personales. Las instrucciones están adjuntas a este documento. Declaro, que no he silenciado a mis médicos ninguna información médica conocida sobre mi salud que pudiera afectar negativamente mi tratamiento o poner en peligro mi entorno, en particular al diseminar una enfermedad transmisible.

Entiendo que puedo retirar o modificar mis consentimientos en cualquier momento por escrito.

Basado en la información proporcionada anteriormente, y siguiendo mi propia consideración, estoy de acuerdo con la hospitalización en el Hospital Na Homolce:

SÍ / NO *

En Praga, fecha _____

Firma del paciente

Si el paciente no puede firmar, firma un testigo, que estuvo presente en el momento de la expresión del consentimiento:

Nombre y Apellido del testigo:
La forma como el paciente mostró su consentimiento:
Motivo de no firmar el consentimiento:

Firma del testigo

Declaro que le he informado al paciente de la manera anteriormente proporcionada

En Praga, fecha _____

Firma del trabajador de Admisión

INSTRUCCIÓN AL PACIENTE

Nos gustaría informarle, que el tratamiento de sus datos personales en el Hospital Na Homolce (en lo sucesivo, "NNH") está sujeto a protección legal. En NNH trabajamos con sus datos personales para brindarle la atención médica adecuada y para cumplir con las obligaciones impuestas por la ley. Puede obtener más información sobre la forma como manejamos sus datos personales en un documento titulado **Información sobre el procesamiento de datos personales del paciente en NNH**, que se puede encontrar en nuestro sitio web www.homolka.cz. Este documento puede ser actualizado de vez en cuando. Si cree que no estamos utilizando su información personal correctamente, comuníquese con su Oficial de Privacidad: dpo@homolka.com. Además le informamos, que de acuerdo con la Ley No. 372/2011 del Boletín Oficial de Estado, Sobre los servicios de salud y condiciones de su disposición, con el Reglamento General de privacidad 2016/679 y con la Ley No. 101/2000 del Boletín Oficial de Estado, sobre la Protección de Datos de Carácter Personal, en su versión modificada:

- a) Sus datos personales son gestionados por NNH, Núm.ID: 00023884, domicilio social Praga 5 - Motol, Roentgenova 37/2, código postal 150 30. El lugar de procesamiento de sus datos personales es el domicilio social de NNH.
- b) El propósito del procesamiento de sus datos personales es obtener los datos que están directamente relacionados con su identificación, con su salud, para proporcionar servicios de salud y para llevar a cabo registros médicos. Los datos personales de identificación y dirección procesamos para propósitos de contacto y propósitos de protección de bienes;
- c) La facilitación de datos personales es obligatoria a los efectos de su correcta identificación, prestación de servicios de salud y gestión de sus registros médicos, ya que NNH está obligada llevar registros médicos con datos personales de acuerdo con la Ley No. 372/2011 del Boletín Oficial de Estado, en la medida necesaria para identificar y establecer anamnesis del paciente, y luego información sobre la enfermedad del paciente, sobre el curso y el resultado de la revisión médica, el tratamiento y otras circunstancias relevantes relacionadas con el estado de salud del paciente y con el proceso de la provisión de servicios de salud;
- d) La facilitación de datos personales a los efectos de la protección de los bienes es obligatorio durante la estancia en NNH;
- e) La facilitación de datos personales con el propósito de llevar un brazalete de identificación es voluntario. Sus datos personales que se mostrarán en el brazalete de identificación son: nombre, apellido, fecha de nacimiento y el código de barras que contiene el número de paciente del registro de pacientes de NNH;
- f) NNH procesa sus datos personales en la siguiente amplitud: nombre, apellido, número de nacimiento, fecha de nacimiento, sexo, dirección de residencia permanente u otra dirección de contacto si es diferente a la residencia permanente, número de seguro, en el caso de extranjeros domicilio de residencia en la República Checa (si está disponible) y también en el país de origen, datos del seguro médico que incluyen número de identificación de la persona asegurada, información sobre la enfermedad, curso y resultado del examen, tratamiento y otras circunstancias importantes relacionadas con su estado de salud y el proceso de atención médica. Si es necesario procesar adicionales datos personales para la prestación adecuada de los servicios de salud, se le informará de conformidad con la legislación pertinente. De acuerdo con el propósito de los registros médicos, los registros médicos pueden incluir datos del historial familiar, personal y ocupacional y, si está justificado, también datos del historial social, así como otros datos según la Ley sobre los Servicios de Salud u otra legislación que rige los servicios de salud;
- g) Los datos personales se procesarán en forma de gestión de registros médicos en forma escrita y electrónica; algunos datos personales se proporcionarán en el brazalete de identificación del paciente para su identificación adecuada a fin de excluir el riesgo de intercambiabilidad con otro paciente;

- h) Los datos personales se procesarán por el personal de NNH. Con el fin de proporcionar servicios de salud a otros proveedores de atención médica / médicos, su información personal también puede ser proporcionada a estas personas;
- i) Los datos personales de los registros médicos pueden ponerse a disposición de las personas de conformidad con el §65 de la Ley Núm. 372/2011, del Boletín Oficial de Estado;
- j) Los datos personales serán procesados durante la prestación de servicios médicos, los datos personales en los registros médicos serán procesados de acuerdo con las regulaciones legales relevantes, los datos personales en el brazalete de identificación serán procesados durante su hospitalización en el Hospital Na Homolce.

DERECHOS DEL PACIENTE

- a) información sobre su estado de salud y el proceso de curación individual propuesto y cualquier cambio al respecto, incluida la posibilidad de hacer preguntas adicionales relacionadas con su estado de salud y los servicios de salud propuestos,
- b) para proporcionar toda la información recopilada en los registros médicos relacionados con su u otros registros relacionados con su estado de salud; en el caso de los registros de métodos psicológicos autorizados y la descripción del tratamiento con medios psicoterapéuticos, tiene derecho a recibir información que contenga la descripción de los síntomas de la enfermedad, el diagnóstico, la descripción del enfoque terapéutico y la interpretación de los resultados de las pruebas,
- c) examinar los documentos mencionados en la letra b) en presencia de un empleado del Hospital Na Homolce; en el caso de los registros de métodos psicológicos autorizados y la descripción del tratamiento con medios psicoterapéuticos, puede consultar los registros de la descripción de los síntomas de la enfermedad, el diagnóstico, la descripción del enfoque terapéutico y la interpretación de los resultados de las pruebas,
- d) obtener extractos, transcripciones o copias de los documentos mencionados en la letra b); en el caso de los métodos psicológicos autorizados y descripción del tratamiento con medios psicoterapéuticos tiene derecho a obtener extractos, transcripciones o copias de las partes de los documentos relativos a la descripción de los síntomas, el diagnóstico, la descripción, enfoque terapéutico e interpretación de los resultados de las pruebas
- e) al admitir a la asistencia, identificar a las personas que pueden estar informadas de su estado de salud y pueden determinar si dichas personas pueden consultar registros médicos relacionados con él u otros registros relacionados con su estado de salud, obtener extractos o copias de estos documentos y si pueden consentir o no estar de acuerdo con la prestación de servicios de salud en los casos de conformidad con el § 34 párrafo 8 de la Ley sobre Servicios de Salud. Si el paciente no puede, en vista de su estado de salud, determinar las personas a las que se hace referencia en la oración anterior de este punto (e), tienen derecho a recibir información sobre su estado de salud actual y a obtener extractos y copias de registros médicos conservados en nombre del paciente personas cercanas. Si un paciente ha pasado previamente una prohibición de comunicar información sobre su salud a ciertas personas cercanas, se les puede proporcionar información solo si es para proteger su salud o la de los demás, y solo en la amplitud necesaria,
- f) para designar personas o para prohibir el suministro de información de estado de salud a cualquier persona en cualquier momento después de la admisión, el nombramiento de una persona o la prohibición de proporcionar información de estado de salud puede ser retirado en cualquier momento; Sin embargo, la prohibición del paciente sobre la información de estado de salud del paciente no se aplica al suministro de información o comunicación de información que puede divulgarse sin el consentimiento del paciente según la Ley sobre Servicios de Salud u otra legislación (por ejemplo, §65, párrafo 2 de la Ley sobre Servicios de Salud);

- g) prohibir que las personas que adquieren competencia para ejercer la profesión de profesional de la salud u otros especialistas y profesionales de la salud mencionados en §65, párrafo 2 de la Ley sobre Servicios de Salud consulten los registros médicos del paciente en la medida estrictamente necesaria para garantizar la enseñanza.
- h) solicitar al Hospital Homolce información sobre el procesamiento de sus datos personales, con el derecho del Hospital Na Homolce de solicitar una remuneración adecuada que no exceda los costos necesarios para proporcionar la información,
- i) para la reparación de datos personales,
- j) si encuentra o cree que el Hospital Na Homolce lleva a cabo el tratamiento de sus datos personales en contra de la protección de su vida privada y personal o en violación de la ley, en particular si los datos personales son inexactos con respecto a la finalidad de su procesamiento, solicitar una explicación al Hospital Na Homolce, solicitar que el Hospital Na Homolce elimine el estado así creado, en particular, puede tratar de bloqueo, reparación, complementación o eliminación de datos personales,
- k) contactar a la Oficina de Protección de Datos Personales con una solicitud de medidas correctivas, si considera que ha habido una violación de las obligaciones del Hospital Na Homolce,
- l) proceder en el ejercicio de su reclamo según §13 del Código Civil en el caso de que debido al procesamiento de los datos personales del paciente, el paciente tenga daños diferentes a los daños a la propiedad.