



Servicio
Canario de Salud
Gerencia de Atención Primaria
Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria
Las Palmas Norte - Sur



HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA GRABAR LA CONSULTA MÉDICA / ENFERMERA

D./Dña. (Nombre y Apellidos) :

El Dr./Dra., está procediendo a **grabar su consulta** con el propósito de entrenarse para **mejorar la calidad de la asistencia** que presta como médico / enfermera. Por ello, **SOLICITA SU PERMISO** para hacerlo.

Tanto si su consulta es grabada como si no lo es, la entrevista se realizará como es habitual. En el caso de que se proceda a la grabación, se le garantiza que las entrevistas serán **vistas solo por médicos / enfermeros** y todo lo tratado será **confidencial**. **Sólo** quedará registrada la **entrevista clínica**, **NO la exploración física** si la hubiera

- **Por favor, tras haber leído y comprendido los apartados previos, si da su consentimiento para que se pueda grabar la consulta médica del día de hoy, FIRME esta hoja. Gracias por su colaboración**
- **Si después de la entrevista quiere que se BORRE la grabación, dígaselo al médico y lo hará.**
- **Si NO quiere que su entrevista sea grabada entregue la hoja SIN firmar.**

Doy mi consentimiento, no tengo inconveniente

Firmado:

En, a de de 20.....

- El material grabado formará parte del **fichero de datos de carácter personal** llamado *Videograbaciones Docentes* de **titularidad** de *Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Las Palmas - Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria*.

- **La identidad y dirección del órgano responsable de la custodia y tratamiento** de este fichero es:

Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Las Palmas Norte y Sur
Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria
C/ Luis Doreste Silva nº 6 - 2ª planta
35004 - Las Palmas de Gran Canaria Tfnº: 928 458 418 - Fax: 928 458 426

- El registro será **destruido en un plazo máximo de 4 años**.