



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

Yo, D./Dña. (Nombre y Apellidos)

Médico/Enfermera Residente, con NIF.....

Declaro que he sido informado de los siguientes hechos:

1. El **programa de la especialidad de Medicina/Enfermería Familiar y Comunitaria** que estoy realizando contempla como una **herramienta formativa** la revisión de la **videograbación de la consulta médica**.
2. En la institución docente a la que pertenezco se realiza el registro con vídeo de algunas consultas médicas con esta finalidad.
3. **Analizaré el registro** de las mismas con mi tutor y/o con un grupo de profesionales sanitarios, utilizando una **metodología respetuosa** con el derecho fundamental a la **intimidad y a la confidencialidad** y con **finés únicamente docentes**.
4. El material grabado formará parte del **fichero de datos de carácter personal** llamado *Videograbaciones Docentes* de **titularidad** de *Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Las Palmas - Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria*.
5. 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 Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria C/ Luis Doreste Silva nº 6 - 2ª planta 35004 - Las Palmas de Gran Canaria*
6. Me podré poner en **contacto** en cualquier momento con el jefe de estudios o coordinador docente para **negar mi autorización a utilizar el material registrado y pedir que se destruya** si así lo considero oportuno.
7. **El registro será destruido en un plazo máximo de 4 años**.
8. **Me puedo negar a ser videograbado** y la institución me proporcionará otros instrumentos formativos equivalentes.

Por lo tanto y tras haber leído y comprendido todos los apartados previos, doy mi consentimiento a que se pueda grabar mi actividad asistencial en mi periodo formativo.

Firma MIR / EIR:

En, a de de 20.....