

Solicito libre y voluntariamente el ingreso en POLICLINICA GIPUZKOA, prestando el consentimiento para que el personal encargado de la asistencia realice las exploraciones necesarias para su diagnostico, aplicando las medidas terapéuticas necesarias o convenientes para el tratamiento; todo ello sin perjuicio del derecho que me asiste a ser informado correctamente sobre los métodos, riesgos y fines de todas ellas y a que se respete la intimidad del paciente cuando los datos del historial clínico se utilicen para fines docentes o de investigación.

El consentimiento prestado no será aplicable para realización de intervenciones quirúrgicas, técnicas anestésicas, exploraciones invasivas especiales, autopsia clínica en caso de fallecimiento y experimentos o ensayos clínicos, requiriéndose en estos casos la autorización expresa del que suscribe, o en caso de imposibilidad o incapacidad, la de persona legalmente responsable.

Acepto expresamente que mis datos sean incluidos en un fichero informático, titularidad y responsabilidad de POLICLINICA GIPUZKOA, cuya finalidad está relacionada con la prestación de asistencia sanitaria o tratamientos médicos, la gestión de servicios sanitarios por los profesionales sanitarios, el seguimiento de mi tratamiento y el mantenimiento de mi historial clínico, así como para la gestión económica y administrativa de mi historial clínico. Asimismo, acepto expresamente que me sea remitida información de interés en relación con mi dolencia.

Acepto expresamente que mis datos puedan ser cedidos para la sola finalidad de llevar a cabo mi tratamiento o recuperación y su gestión económica y administrativa a entidades colaboradoras de POLICLINICA GIPUZKOA, tales como laboratorios de análisis, centros sanitarios, suministradores de prótesis, oxigenoterapia, etc.

De igual forma, acepto expresamente que mis datos sean puestos a disposición de entidades aseguradoras a fin de que procedan a la gestión de las correspondientes reclamaciones.

No deseo recibir comunicaciones comerciales de POLICLINICA GIPUZKOA.

He sido informado de la posibilidad de ejercer mis derechos de acceso, rectificación, oposición o cancelación ante POLICLINICA GIPUZKOA, Paseo Miramón. 174 – 20009 Donostia-San Sebastián, previa solicitud y presentación de la copia del D.N.I. u otro documento de similar validez.



POLICLINICA GIPUZKOA

DATOS PACIENTES - INGRESOS URGENTES

PROCEDENCIA ANTERIOR INGRESO SI NO

APELLIDOS NOMBRE

D.N.I. FECHA NACIMIENTO E.CIVIL TEL.

DOMICILIO

DIAGNOSTICO HABITACIÓN

MEDICO AL CARGO SEGURO

ACC. LABORAL EMPRESA MUTUA

ACC. TRAFICO PERSONA DE AVISO TEL.