

CONSENTIMIENTO INFORMADO: tratamiento de datos y otros procedimientos en la consulta del Dietista-Nutricionista.

D./Dña. _____, con N.I.F./N.I.E./Pasaporte nº _____ y
domicilio en _____, actuando:

- ☐ En mi propio nombre y representación
☐ En mi condición de padre/madre o tutor/tutora del/la menor _____

MANIFIESTO

I.- Que, conforme a lo establecido en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, he recibido información precisa, explícita, por escrito, de forma confidencial, comprensible y satisfactoria acerca de los servicios sanitarios ofrecidos en _____, y que consistirán en:

- a. Realización por parte de los profesionales sanitarios del seguimiento y anotación detallada de mi evolución en fichas e informes.
- b. Realización del registro de mis datos antropométricos, analíticos y clínicos.

II.- Que he sido informado de que los servicios sanitarios solicitados por mi persona y ofrecidos por _____ serán prestados, en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, por un Dietista-Nutricionista titulado y habilitado para la prevención y el tratamiento de patologías por medio de la alimentación en centro sanitario con las preceptivas autorizaciones derivadas del Decreto 69/2008, de 26 de febrero, por el que se establecen los procedimientos de las Autorizaciones Sanitarias y se crea el Registro Andaluz de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios.

III.- Que, conforme a lo dispuesto tanto en la Ley 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales (L.O.P.D.G.D.D.) como en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del consejo de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, he sido informado de los siguientes extremos:

- a. Los datos recabados en el marco de los citados servicios sanitarios serán recabados, almacenados y tratados por _____ en cuanto responsable del tratamiento.
- b. La finalidad del tratamiento de los datos recabados será la fijada en el primer punto del presente documento de consentimiento informado.
- c. Los destinatarios de la información ofrecida por el paciente únicamente serán el personal de _____, así como los profesionales o colaboradores que prestan servicios en la misma. Fuera de dichos casos, la cesión o comunicación de la información recibida sólo tendrá lugar en aquellos en que el paciente preste su previo consentimiento o en los supuestos en que alguna disposición normativa así lo imponga.
- d. Que, del mismo modo, resultará de aplicación al efecto la obligación de confidencialidad y el resto de los preceptos que rigen el Código Deontológico de la profesión de Dietista-Nutricionista.
- e. La información facilitada por el paciente con ocasión de la prestación de los servicios sanitarios a los que se refiere el presente consentimiento informado, será conservada mientras exista un interés mutuo para la evolución del tratamiento nutricional, aplicando a la misma las normas, medidas y procedimientos exigidos por la normativa de protección de datos.

- f. Finalizado los servicios sanitarios prestados, el responsable del tratamiento procederá al bloqueo de los datos personales y, transcurrido el periodo fijado por la vigente normativa, garantizará la destrucción de la información solicitada.
- g. El paciente podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación y oposición, entre otros, dirigiendo una comunicación a _____ por cualquiera de los siguientes cauces:
 - Comunicación postal.- _____
 - Comunicación electrónica.- _____

IV.- Que he sido informado de que puedo desistir de mi tratamiento/asesoramiento nutricional notificando mi voluntad, por escrito a través de correo electrónico a _____, con un plazo de antelación de 15 días naturales anteriores al día 1 del mes en que desee dejar de recibir el tratamiento/asesoramiento nutricional.

Tomando en consideración todo lo expuesto con anterioridad,

DECLARO

- ☐ Que he leído y comprendido la información recibida tanto en lo que se refiere a la asistencia sanitaria solicitada como a los derechos que me asisten en materia de protección de datos.
- ☐ Que he leído y comprendido mi plan de tratamiento y consiento en ser tratado y explorado bajo el control de un dietista-nutricionista.
- ☐ Que el dietista-nutricionista me ha informado de la necesidad de informar al otro/a padre/madre respecto de la intervención solicitada para lo cual el/la solicitante se compromete a comunicárselo, eximiendo al profesional sanitario de realizar tal comunicación, por expresado motivo.
- ☐ Que he leído y comprendido mi derecho a rechazar parte o todo el tratamiento en cualquier momento, y la obligación de comunicarlo al Dietista-Nutricionista responsable de mi tratamiento para que así conste en mi historia clínica.
- ☐ Que no conozco en mi caso la presencia alguna de las contraindicaciones absolutas especificadas en este documento y que debo informar al Dietista-Nutricionista si existe algún cambio al respecto para recibir la asistencia adecuada.
- ☐ Que existen técnicas en las que el dietista-nutricionista necesitará que me desprenda de los artículos metálicos que porte (medallas, cadenas, llaveros, monedas, entre otros), como es la aplicación de bioimpedancia eléctrica, el cual es un método indirecto de estimación de la composición corporal contraindicado en mujeres embarazadas, personas con implantes electrónicos como marcapasos o prótesis metálicas, así como de prendas de vestir.
- ☐ Que consiento en recibir noticias, novedades y actualizaciones de mi interés relacionadas con mi bienestar por vía electrónica.
- ☐ Que consiento en la realización de fotografías en caso de que las mismas sean necesarias con la exclusiva finalidad de documentar y seguir mi evolución durante el tratamiento/asesoramiento nutricional.

En _____, a ____ de _____ de 20__.