

ANEXO 3. HOJA DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Murcia, de del.....

El/la/ Sr./Sra.
con DNI o bien la persona responsable de la medicación, el/la
Sr./Sra.
con DNI autorizo a la oficina de farmacia
..... a preparar la medicación en un Sistema
Personalizado de Dosificación, SPD.

Para que este servicio funcione correctamente, autorizo a registrar mis datos farmacoterapéuticos y su uso, como datos disociados, en estudios científicos y estadísticos.

Además, acepto dejar en depósito a la farmacia la medicación previamente dispensada. Declaro haber sido informado/a de todo el proceso de preparación del Sistema Personalizado de Dosificación, que se llevara a término mientras el interesado y el farmacéutico responsable estén de acuerdo. Si en un plazo prudencial, no se ha retirado el SPD y la medicación dispensada de la oficina de farmacia, se procederá a su eliminación mediante el Sistema Integrado de Gestión de Residuos de Medicamentos y Envases que han contenido medicamentos.

Por su parte, el titular de la farmacia D./Dña.
..... con DNI
se compromete a:

- Mantener la privacidad de los datos personales y farmacológicos.
- Custodiar adecuadamente los medicamentos restantes.
- Realizar las actividades del proceso siguiendo las normas establecidas en el Procedimiento Normalizado de Trabajo, y por el personal cualificado para ello.
- Proporcionar la información necesaria para facilitar la correcta utilización de los medicamentos.
- Realizar un seguimiento de los tratamientos con el fin de mejorar el cumplimiento de la terapia y prevenir, detectar y resolver las incidencias surgidas durante el proceso.

**Firma del paciente
o persona responsable**

Firma del farmacéutico

De acuerdo con lo que establece la Ley Orgánica 15/1999, de protección de datos personales, los datos que nos facilite serán incorporados al fichero del cual es titular el farmacéutico que firma, con la finalidad de ofrecerle una mejor asistencia sanitaria y atención farmacéutica. Con las suscripción de este documento consiente a dejar que estos datos se puedan tratar con la finalidad prevista. Siempre que quiera podrá acceder a nuestro fichero para modificar, rectificar o cancelar sus datos dirigiéndose a esta farmacia, situada en la calle/ plaza/ avenida
....., nº..... de