

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

Proyecto Unidades de fractura. Unidad de fractura

Coordinador:

Tel.:

Mail:@.....

Apreciado/a Sr/a., usted ha presentado una fractura como consecuencia de la descalcificación y del aumento de la facilidad para romperse de sus huesos, enfermedad que llamamos osteoporosis.

Como ha visto, para darle la atención médica adecuada, le hemos preguntado por las enfermedades que ha presentado, los tratamientos que toma, su dieta y otras circunstancias que pueden afectar la calcificación de los huesos.

Los análisis de sangre, radiografías y pruebas y los tratamientos que le realizaremos son los habituales en los pacientes con fractura, no le practicaremos ningún estudio genético y no guardaremos ninguna muestra.

Todos estos datos, las indicaciones que le hemos hecho y su evolución se guardan en una base de datos. Con estos datos y los recogidos en otras unidades de fractura de toda España, queremos demostrar que los pacientes que hacen prevención de nuevas fracturas tienen menos fracturas que los que no hacen prevención.

Le pedimos autorización para utilizar sus datos en publicaciones médicas. En todo momento, su identidad se mantendrá de forma anónima, nadie que no forme parte del equipo médico que le atiende tendrá acceso a sus datos de identificación personales (Ley Orgánica de Protección de Datos 15/1999).

Su decisión de colaborar es voluntaria y debe ser tomada libremente. Si decide aceptar, usted podrá retirar su consentimiento en cualquier momento. La decisión que tome no afectará a la relación con su médico, y seguirá recibiendo el mejor tratamiento posible.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto Unidades de fractura. Unidad de fractura

Yo (nombre y apellidos)

.....

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el proyecto.
- He recibido suficiente información sobre el proyecto.
- He hablado con:

.....

- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del proyecto:
 - Cuando quiera.
 - Sin tener que dar explicaciones.
 - Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.
- Presto libremente mi conformidad para participar en el proyecto y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

Firma del paciente
Nombre:
Fecha:

Firma del investigador
Nombre:
Fecha: