



ANEXO 1. CONSENTIMIENTO PARA EXTRACCIÓN SANGUÍNEA DEL PACIENTE FUENTE

Un alumno de la Facultad de Enfermería y Podología ha sufrido un accidente biológico lo cual podría acarrear una enfermedad profesional.

Necesitamos su autorización para la realización de una analítica de sangre que nos ayudaría en caso necesario a prevenir las posibles enfermedades infecciosas y / o a la realización del seguimiento de dicho accidente.

Se le comunicaran los resultados de forma personal o a través de persona autorizada.

Igualmente necesitamos su autorización para que una copia de este documento y los resultados de la exploración permanezcan en la historia clínica del trabajador accidentado.

Sus datos personales serán protegidos de acuerdo con lo dispuesto en L.O. 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, y no serán usados sin su previo consentimiento.

Por incapacidad o renuncia a la toma de decisión: persona que autoriza (familiar o tutor legal)

D.:

DNI:....., en calidad de:.....

D.:, doy mi consentimiento para que se tome una muestra de sangre.

FIRMA

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL
(SI PROCEDE)

NOMBRE

NOMBRE

DNI

DNI

FECHA

FECHA