

**CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE DATOS PERSONALES EN EVALUACIONES DE RESULTADOS
SANITARIOS - PROGRAMA DE SALUD RENAL**

**Ministerio de Salud Pública - Fondo Nacional de Recursos- Sociedad Uruguaya de Nefrología-
Facultad de Medicina (Universidad de la República)**

1. INFORMACIÓN GENERAL

El presente Consentimiento Informado se brinda en el marco del Programa de Salud Renal, el cual tiene como finalidad prevenir la Enfermedad Renal y mejorar la calidad de la atención médica de las personas con Enfermedad Renal. El Programa ha implementado el Registro de Enfermedad Renal Crónica

¿Cuál es el propósito del Registro?

El Registro tiene el propósito de conocer nuestra realidad, estimar el número de personas afectadas, las manifestaciones clínicas más frecuentes, el control médico, el tratamiento y la evolución.

De esta manera se podrá evaluar la eficacia del Programa y planificar las estrategias para mejorar la calidad de la atención médica. Para cumplir con este objetivo, es necesario que los datos de su historia clínica y la de todas las personas con Enfermedad Renal sean almacenados en la Base de Datos del Registro que estará ubicada en el Fondo Nacional de Recursos, bajo la responsabilidad de la Comisión Honoraria de Salud Renal.

Confidencialidad

Si acepta que los datos de su historia clínica se incluyan en la Base de Datos del Registro, la información será guardada confidencialmente de acuerdo con la legislación vigente. Su identidad así como cualquier información obtenida en relación con el registro será confidencial. La estructura de la base de datos del registro separa la información que lo identifica del resto de sus datos y ambas informaciones se asociarán únicamente a los efectos de su atención médica

2. CONSENTIMIENTO

He comprendido la información que se me brinda y estoy de acuerdo en que datos de mi historia clínica sean almacenados en la base de datos del Fondo Nacional de Recursos – Ministerio de Salud Pública y utilizados estrictamente para los fines antes descriptos. Entiendo que la decisión de participar o no en el Registro no afectará de ninguna manera el cuidado médico que recibo.

Marque con una cruz lo que corresponda.

Si autorizo ☐

No autorizo ☐

Firma del paciente

Firma del médico

Aclaración y Cédula de Identidad

Aclaración y Cédula de Identidad

De no saber o no poder firmar, se recolectará la huella digital y la firma de dos testigos.

Fecha

--	--	--

CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE DATOS PERSONALES EN EVALUACIONES DE RESULTADOS SANITARIOS

El Fondo Nacional de Recursos (FNR) es una persona pública no estatal creado en 1980 y regulado por la Ley 16.343 de 1992, cuya misión es financiar en forma eficiente procedimientos de medicina altamente especializada y medicamentos de alto precio, comprendidos en las normativas de cobertura vigentes, para los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud, contribuyendo a la mejora de la calidad y la sostenibilidad económico-financiera del sistema".

El art. 465 de la Ley 19.355, faculta al FNR a realizar auditorías en las Historias clínicas de los pacientes de los institutos y entidades a quienes se les financian actos médicos o medicamentos con la finalidad de que las prestaciones asistenciales se desarrollen con los mejores estándares de calidad y de seguridad.

Para cumplir tal cometido, un equipo de técnicos del FNR realiza auditorías y evaluaciones de resultados de los procedimientos y medicamentos financiados.

Estas evaluaciones también pueden ser realizadas por entidades académicas o científicas debidamente avaladas por el FNR.

Para que esto último pueda llevarse a cabo, es necesario que usted otorgue el consentimiento a efectos de que la información que resulta de su tratamiento forme parte de las evaluaciones referidas.

La información que se utilice no identificará a su persona bajo ningún concepto, ya que los datos se manejan de forma innominada, es decir, anónima.

Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento y sin expresión de causa alguna, sin que ello altere la cobertura financiera de esta Institución.

Por las razones expresadas, que he comprendido, puedo consentir:

Que la información que surge de los registros existentes en el Fondo Nacional de Recursos, en cuanto a la prestación que se me brinda actualmente, pueda ser utilizada por los técnicos del organismo o entidades académicas o científicas debidamente avaladas por el FNR, con el único objetivo de realizar evaluaciones de los resultados y manteniendo siempre la reserva de mis datos personales.

Marque con una cruz lo que corresponda.

Si autorizo ☐

No autorizo ☐

Firma del paciente

Cedula de Identidad

De no saber o no poder firmar, se recabará la huella digital y la firma de dos testigos.

Las siguientes son situaciones especiales en las cuales no firma el paciente:

Paciente circunstancialmente impedido de entender y consentir por razones de su estado de salud.	c) Firmará el familiar, cónyuge o concubino que lo acompañe. d) Si no se encuentra acompañado firmarán dos testigos, uno de los cuales puede ser el médico.
Paciente menor de 18 años	Deberá firmar su padre, madre o tutor.
Paciente declarado legalmente incapaz	Deberá firmar su curador.

En todos los casos se deberá dejar constancia de: a) la calidad en que se firma (padre, madre, tutor, familiar, esposo, concubino o testigo) b) la imposibilidad del paciente de hacerlo. c) siempre deberá firmar el médico tratante.

Nombre de quien firma.....CI

Vínculo con el paciente: Padre /Madre ☐ Tutor ☐ Curador ☐ Testigo ☐

Causa de la imposibilidad: Impedimento circunstancial ☐ Menor de 18 años ☐
Incapacidad legal ☐