



## Anexo 1

### HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA GRABACIÓN DE ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN CLÍNICA PARA USO DOCENTE DE DATOS DE SALUD COMO CASO CLÍNICO/SERIES DE CASOS

#### HOJA DE INFORMACION AL PACIENTE

PROFESIONAL .....

CENTRO SANITARIO.....

Este documento tiene por objeto ofrecerle información con la finalidad de solicitar **su consentimiento expreso e inequívoco** para recoger datos sobre el problema de salud ....., por el que fue o está siendo tratado en este centro.

El propósito de este proyecto es recopilar datos clínicos para la mejora del aprendizaje de los estudiantes de medicina de la Universidad de Granada a través de resolución de casos como el suyo, mediante el método conocido como “aprendizaje por casos clínicos”. Este material formará parte de la “casoteca” de autoaprendizaje que pretende habilitar el **Proyecto de Innovación Docente: “Aplicación de las nuevas tecnologías para la formación en la entrevista clínica e introducción a la telemedicina”**.

El profesional que solicita su consentimiento le explicará detalladamente el motivo por el que se le solicitan sus datos y su alcance. Usted podrá **leer este documento** antes de firmarlo y hacer todas las preguntas que precise para comprender los detalles sobre el mismo. Si así lo desea, puede llevarse el documento, consultarlo con otras personas y tomarse el tiempo necesario para decidir si autoriza o no.

Su decisión es completamente **libre y voluntaria**. Ud. puede decidir no autorizar el uso de sus datos de salud. Su decisión no afectará a la relación con el profesional que se lo solicita ni a la asistencia sanitaria a la que Ud. tiene derecho. En todo caso,

- No se transmitirá ningún dato de carácter personal.
- Se le garantiza que las grabaciones serán vistas solo por estudiantes de medicina y médicos.
- Si después de la entrevista quiere que se BORRE la grabación, dígaselo a su médico y éste lo hará o solicitará que se borre.

#### **¿Cuál es el propósito de esta solicitud de consentimiento?**

Nuestro interés es exponer su problema de salud como “**caso clínico**” a los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada, con la finalidad de darles a conocer cómo ha sido diagnosticado y tratado su caso, así como su evolución. Esta información podría ser de utilidad en el futuro para ofrecer la mejor atención posible a otras personas con un problema de salud como el suyo.

#### **¿Qué me están solicitando?**

Ud. fue o está siendo atendido en este centro

por .....

**Si firma este documento, nos autoriza a recoger datos de su historia clínica, grabar su anamnesis y exploración y realizar una presentación académica sobre el problema de salud que se describe.**

Entre la información que queremos recoger, es necesario:

- Grabaciones de audio o vídeo de su anamnesis y exploración física.
- Imágenes de las partes del cuerpo que presenten patología o de interés para el diagnóstico.
- Informes escritos e imágenes de sus pruebas complementarias.
- Otros: .....



Dicho material será recogido en consulta o sala de exploración por los alumnos de medicina participantes en el proyecto en presencia del médico responsable. Se disociarán sus datos personales de la información clínica y serán clasificados y dispuestos en presentaciones digitales acordes a la estructura de presentación de casos clínicos. En la grabación se difuminarán sus rasgos físicos, de manera que su rostro no sea identificado ni identificable, así como se distorsionará su voz o será transcrita y reproducida con lector automático con el mismo objetivo.

### ¿Obtendré algún beneficio o inconveniente?

No se espera que Ud. obtenga beneficio ni se exponga a ningún riesgo. Con su colaboración contribuirá a la formación académica de los futuros médicos.

### ¿Se publicarán los datos del caso clínico?

Sí, podrían publicarse, si fueran de interés médico los datos de su caso, en publicaciones científicas dirigidas a profesionales de la salud. Ha de saber que algunas de estas publicaciones pueden ser de acceso libre en internet, por lo que también pueden ser leídas por muchas otras personas ajenas al mundo sanitario. No se comunicará ningún dato de carácter personal identificativo, tal como se describe en el punto siguiente. Si es de su interés, se le podrá facilitar la publicación realizada.

### ¿Cómo se protegerá la confidencialidad de mis datos?

La obtención, tratamiento, conservación, comunicación y cesión de sus datos se hará conforme a lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos (Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016) y la normativa española sobre protección de datos de carácter personal vigente.

Solamente los miembros del Proyecto de Innovación Docente y autores de publicaciones científicas tendrán acceso a todos sus datos. Se le garantiza que no recogeremos nombre y apellidos, ni fecha de nacimiento, ni DNI, ni número de historia clínica, ni número de Seguridad Social ni código de identificación personal contenido en su tarjeta sanitaria. Aun así, **no podemos garantizar el anonimato absoluto**: podría ocurrir que alguien que le conoce y sabe de su problema de salud le identifique en la publicación.

### ¿Cuáles son mis derechos?

Tiene derecho a revocar su consentimiento, solicitar el acceso, rectificación, oposición, supresión o limitación de sus datos tal y como se explica en la información adicional.

Información adicional: Puede consultar la información adicional sobre el tratamiento de sus datos personales en el siguiente enlace<sup>1</sup>: [http://secretariageneral.ugr.es/pages/proteccion\\_datos/leyendas-informativas/\\_img/informacionadicionalbasesdedatosvoluntariadocovid19/](http://secretariageneral.ugr.es/pages/proteccion_datos/leyendas-informativas/_img/informacionadicionalbasesdedatosvoluntariadocovid19/)

El/los profesional/es autor/es de la publicación científica no recibirán retribución específica por la dedicación al estudio. Ud. no será retribuido por autorizar el uso de sus datos de salud.

Puede retirar su consentimiento en cualquier momento sin dar explicaciones, pero una vez que el caso clínico haya sido aceptado para su publicación no habrá posibilidad de cambiar de parecer.

Si tiene alguna duda puede contactar con.....

Teléfono: ..... Correo electrónico: .....

**Muchas gracias por su colaboración.**

<sup>1</sup> Este enlace lleva a la hoja informativa sobre la recogida de datos de los voluntarios COVID, pero habría que generar otra dirección que llevara a este documento



## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Datos del Proyecto:** “Aplicación de las nuevas tecnologías para la formación en la entrevista clínica e introducción a la telemedicina”.

**Investigador principal:** Pedro José Romero Palacios.  
**Universidad de Granada**

D/D<sup>a</sup>..... declaro que:

1. He leído la Hoja de Información al participante en el proyecto citado, y autorizo a que se utilicen los datos de mi historia clínica en las condiciones que se describen. Se incluyen:

- Grabaciones de audio o vídeo de su anamnesis y exploración física.
- Imágenes de las partes del cuerpo que presenten patología o de interés para el diagnóstico.
- Informes escritos e imágenes de sus pruebas complementarias.
- Otros: .....

2. Se me ha entregado una copia de la Hoja de Información al Participante y una copia de este Consentimiento Informado, fechado y firmado. Se me han explicado las características y el objetivo del Proyecto, así como los posibles beneficios y riesgos del mismo.

3. He contado con el tiempo y la oportunidad para realizar preguntas y plantear las dudas que poseía. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción

- DOY mi consentimiento para la participación en el proyecto
- NO DOY mi consentimiento para la participación en el proyecto
- Deseo conocer el documento una vez que se haya publicado.

En .....a.....de.....de 20.....

Fdo.: El/ la paciente

“Hago constar que he explicado las características y el objetivo del Proyecto y sus riesgos y beneficios potenciales a la persona que ha otorgado su consentimiento por medio de su firma fechada en este documento”.

Nombre y apellidos:

Fecha:

Fdo.: El/la profesional que solicita el consentimiento

Firmado por duplicado y entregada una copia al participante

### **Información básica sobre protección de datos**

Responsable	UNIVERSIDAD DE GRANADA
Finalidad	Participación en el Proyecto de Innovación Docente: “Aplicación de las nuevas tecnologías para la formación en la entrevista clínica e introducción a la telemedicina”.
Legitimación	Consentimiento: artículo 6.1.a) RGPD.
Destinatarios	Cuando proceda, a Juzgados y Tribunales, Defensor del Pueblo Andaluz y Consejo de Transparencia y Protección de Datos de Andalucía.
Derechos	La persona interesada tiene derecho a solicitar el acceso, rectificación, supresión, oposición y limitación de sus datos, como se explica en la información adicional.
Información Adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en el siguiente enlace: <a href="https://secretariageneral.ugr.es/pages/proteccion_datos/leyendas-informativas/img/atencional ejercicioderechos/">https://secretariageneral.ugr.es/pages/proteccion_datos/leyendas-informativas/img/atencional ejercicioderechos/!</a>



## CONSENTIMIENTO INFORMADO POR REPRESENTANTE LEGAL

**Datos del Proyecto:** “Aplicación de las nuevas tecnologías para la formación en la entrevista clínica e introducción a la telemedicina”.

**Investigador principal:** Pedro José Romero Palacios.

**Universidad de Granada**

Yo: ....., en calidad de representante legal de  
D/Dª: ....., declaro que:

1. He leído la Hoja de Información al participante en el proyecto citado, y autorizo a que se utilicen los datos de su historia clínica en las condiciones que se describen. Se incluyen:

- Grabaciones de audio o vídeo de su anamnesis y exploración física.
- Imágenes de las partes del cuerpo que presenten patología o de interés para el diagnóstico.
- Informes escritos e imágenes de sus pruebas complementarias.
- Otros: .....

2. Se me ha entregado una copia de la Hoja de Información al Participante y una copia de este Consentimiento Informado, fechado y firmado. Se me han explicado las características y el objetivo del Proyecto, así como los posibles beneficios y riesgos del mismo

3. He contado con el tiempo y la oportunidad para realizar preguntas y plantear las dudas que poseía. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción

- DOY mi consentimiento para la participación en el proyecto
- NO DOY mi consentimiento para la participación en el proyecto
- Deseo conocer el documento una vez que se haya publicado.

En .....a.....de.....de 20.....

Fdo.: El/ la representante legal

“Hago constar que he explicado las características y el objetivo del Proyecto y sus riesgos y beneficios potenciales al representante legal que ha otorgado su consentimiento en nombre del paciente por medio de su firma fechada en este documento”.

Nombre y apellidos:

Fecha:

Fdo.: El/la profesional que solicita el consentimiento

Firmado por duplicado y entregada una copia al participante

### Información básica sobre protección de datos

Responsable	UNIVERSIDAD DE GRANADA
Finalidad	Participación en el Proyecto de Innovación Docente: “Aplicación de las nuevas tecnologías para la formación en la entrevista clínica e introducción a la telemedicina”.
Legitimación	Consentimiento: artículo 6.1.a) RGPD.
Destinatarios	Cuando proceda, a Juzgados y Tribunales, Defensor del Pueblo Andaluz y Consejo de Transparencia y Protección de Datos de Andalucía.
Derechos	La persona interesada tiene derecho a solicitar el acceso, rectificación, supresión, oposición y limitación de sus datos, como se explica en la información adicional.
Información Adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en el siguiente enlace: <a href="https://secretariageneral.ugr.es/pages/proteccion_datos/leyendas-informativas/img/atencional ejercicioderechos/">https://secretariageneral.ugr.es/pages/proteccion_datos/leyendas-informativas/img/atencional ejercicioderechos/!</a>





## REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ACCESO Y PUBLICACIÓN DE DATOS DE SALUD

**Datos del Proyecto:** “Aplicación de las nuevas tecnologías para la formación en la entrevista clínica e introducción a la telemedicina”.

**Investigador principal:** Pedro José Romero Palacios.  
**Universidad de Granada**

D./ D<sup>a</sup>. ....., mayor de edad, con domicilio para notificaciones en c/....., n<sup>o</sup>....., localidad....., provincia....., C.P. .... teléfono o correo electrónico de contacto ..... con D.N.I., Pasaporte o documento equivalente (según proceda)....., por medio del presente escrito, y de conformidad con lo previsto en el artículo 7 del Reglamento UE 2016/679, General de Protección de Datos (RGPD),

Ejerce el derecho de **retirada de consentimiento prestado** en su momento para el tratamiento de mis datos personales, para la finalidad/finalidades:

- Utilización de mis datos con finalidades docentes en el marco del Proyecto de Innovación Docente: “Aplicación de las nuevas tecnologías para la formación en la entrevista clínica e introducción a la telemedicina.
- Publicación de mis datos salud otorgada al profesional ..... y firmada con fecha .....
- Otras.....

Desautoriza así que se utilicen los datos de su historia clínica en las condiciones que se describen. Se incluyen:

- Grabaciones de audio o vídeo de su anamnesis y exploración física.
- Imágenes de las partes del cuerpo que presenten patología o de interés para el diagnóstico.
- Informes escritos e imágenes de sus pruebas complementarias.
- Otros: .....

Que en caso de acordarse que no procede, se me comunique motivadamente a fin de, en su caso, reclamar ante la Autoridad de Control que corresponda.

En .....a.....de.....de 20.....

Firma de la persona interesada

### Información básica sobre protección de datos

Responsable	UNIVERSIDAD DE GRANADA
Finalidad	Atender a su escrito de retirada de consentimiento.
Legitimación	Cumplimiento de obligación legal: artículo 6.1.c) RGPD.
Destinatarios	Cuando proceda, a Juzgados y Tribunales, Defensor del Pueblo Andaluz y Consejo de Transparencia y Protección de Datos de Andalucía.
Derechos	La persona interesada tiene derecho a solicitar el acceso, rectificación, supresión, oposición y limitación de sus datos, como se explica en la información adicional.
Información Adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en el siguiente enlace: <a href="https://secretariageneral.ugr.es/pages/proteccion_datos/leyendas-informativas/_img/atencional ejercicioderechos/">https://secretariageneral.ugr.es/pages/proteccion_datos/leyendas-informativas/_img/atencional ejercicioderechos/!</a>





## REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ACCESO Y PUBLICACIÓN DE DATOS DE SALUD POR REPRESENTANTE LEGAL

**Datos del Proyecto:** “Aplicación de las nuevas tecnologías para la formación en la entrevista clínica e introducción a la telemedicina”.

**Investigador principal:** Pedro José Romero Palacios.  
**Universidad de Granada**

D./ D<sup>a</sup>. ....., mayor de edad, con domicilio para notificaciones en c/....., n<sup>o</sup>....., localidad....., provincia....., C.P. .... teléfono o correo electrónico de contacto ..... con D.N.I., Pasaporte o documento equivalente (según proceda)....., por medio del presente escrito, y de conformidad con lo previsto en el artículo 7 del Reglamento UE 2016/679, General de Protección de Datos (RGPD), en calidad de representante legal de D./D<sup>a</sup>.....

Ejerce el derecho de **retirada de consentimiento prestado** en su momento para el tratamiento de los datos personales de su representado, para la finalidad/finalidades:

- Utilización de datos con finalidades docentes en el marco del Proyecto de Innovación Docente: “Aplicación de las nuevas tecnologías para la formación en la entrevista clínica e introducción a la telemedicina”
- Publicación de mis datos salud otorgada al profesional ..... y firmada con fecha .....
- Otras.....

Desautoriza así que se utilicen los datos de su historia clínica en las condiciones que se describen. Se incluyen:

- Grabaciones de audio o vídeo de su anamnesis y exploración física.
- Imágenes de las partes del cuerpo que presenten patología o de interés para el diagnóstico.
- Informes escritos e imágenes de sus pruebas complementarias.
- Otros: .....

Que en caso de acordarse que no procede, se me comunique motivadamente a fin de, en su caso, reclamar ante la Autoridad de Control que corresponda.

En .....a.....de.....de 20.....

Firma del representante legal

### Información básica sobre protección de datos

Responsable	UNIVERSIDAD DE GRANADA
Finalidad	Atender a su escrito de retirada de consentimiento.
Legitimación	Cumplimiento de obligación legal: artículo 6.1.c) RGPD.
Destinatarios	Cuando proceda, a Juzgados y Tribunales, Defensor del Pueblo Andaluz y Consejo de Transparencia y Protección de Datos de Andalucía.
Derechos	La persona interesada tiene derecho a solicitar el acceso, rectificación, supresión, oposición y limitación de sus datos, como se explica en la información adicional.
Información Adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en el siguiente enlace: <a href="https://secretariageneral.ugr.es/pages/proteccion_datos/levendas-informativas/img/atencionalajejerciciodederechos/">https://secretariageneral.ugr.es/pages/proteccion_datos/levendas-informativas/img/atencionalajejerciciodederechos/!</a>

