

ANEXO II: MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Página 1 de 2

Os datos persoais da persoa asinante, recadados polo profesional farmacéutico, son necesarios para determinar se a persoa candidata está incurso nas restricións que condicionan a exclusión para a realización do cribado, así como para a realización deste no caso de cumprir os criterios. A persoa asinante autoriza expresamente ó profesional abaixo indicado para que remita estes datos a o Colexio de Farmacéuticos de A Coruña e a Dirección Xeral de Saúde Pública da Consellería de Sanidade.

Así mesmo, a persoa asinante autoriza expresamente ó profesional abaixo indicado para que remita a mostra ao Laboratorio de Microbioloxía da Área Sanitaria de Vigo, o cal fará o análise dela para a identificación do virus SARS-CoV-2, quedando informada de forma precisa e inequívoca dos seguintes aspectos:

Realización da proba:

- As mostras serán analizadas por persoal do dito laboratorio, debidamente acreditado e formado.
- Os materiais utilizados para a toma e conservación de mostras cumpren coa normativa sanitaria vixente.

Resultados:

1. Se o resultado é positivo, este debe ser confirmado con outras análises máis precisas no centro sanitario de referencia, ao cal será remitido polos canles establecidos.
2. Se o resultado é negativo, seralle comunicado a través do teléfono móbil que teña establecido no Servizo Galego de Saúde para notificación de citas nos hospitais e para avisos do sistema público de saúde (campañas de vacinación, consellos de saúde...), debendo continuar adoptando as medidas preventivas establecidas ou recomendadas polas autoridades sanitarias e estar atento á evolución da súa situación clínica e, no caso de agravamento, contactar co seu Centro de Atención Primaria.
3. Non se pode excluír unha infección por coronavirus (SARS-CoV-2) aínda que o resultado da proba sexa negativo. O resultado da proba é só para referencia clínica e non debe considerarse como a única referencia para o diagnóstico e tratamento clínicos.
4. O número de teléfono que deixe a persoa na oficina de farmacia será establecido como teléfono para informarlle do resultado e tamén, a sinatura deste documento implica o consentimento para a subscrición deste teléfono ás notificacións do Servizo Galego de Saúde como o envío de citas nos hospitais e avisos do sistema público de saúde (campañas de vacinación, consellos de saúde, ...), entre outros.

Número de teléfono no que consinte recibir as notificacións: _____

De conformidade co establecido na normativa vixente en materia de protección de datos, informámoslle que os datos facilitados serán tratados conforme ao establecido no **Protocolo para a detección do virus SARS-CoV-2 na cidadanía da provincia de A Coruña a través das oficinas de farmacia e mediante a auto recollida dunha mostra de saliva**, asinado entre a Consellería de Sanidade, o Servizo Galego de Saúde e o Colexio Oficial de Farmacéuticos de A Coruña. Os resultados das probas realizadas serán tratados polo Servizo Galego de Saúde e pola Consellería de Sanidade para o exercicio das competencias legalmente establecidas en materia de asistencia sanitaria e saúde pública.

ANEXO II: MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Página 2 de 2

Os datos facilitados poderán ser comunicados a outras autoridades con competencias en materia de sanidade, conforme ao establecido na normativa vixente e, no seu caso, a Xulgados e Tribunais.

Pode exercitar os seus dereitos en materia de protección de datos ante a Consellería de Sanidade/Servizo Galego de Saúde: na sede electrónica da Xunta de Galicia mediante o trámite denominado PR004A ou presentando a súa solicitude en calquera das Oficinas de Atención ao Cidadán e Rexistro da Xunta de Galicia, ou en calquera outra oficina ou rexistro dos previstos na normativa que regula o procedemento administrativo común de presentación de documentos ante as Administracións Públicas. Tamén ten dereito a presentar unha reclamación ante a Axencia Española de Protección de Datos, se considera infrinxidos os seus dereitos.

Con base no anteriormente exposto, **a persoa asinante DECLARA:**

- Que fun informado/a con antelación e de forma satisfactoria polo farmacéutico sobre a proba e aspectos relacionados.
- Que lin e comprendo este escrito, estando satisfeito/a coa información facilitada, puiden formular todas as preguntas que considere conveniente e que foron respostadas.

☐ E, por iso, AUTORIZO EXPRESAMENTE e DOU O MEU CONSENTIMIENTO para a realización da referida proba para a detección de COVID-19.

Data

D/Dª

☐ Eu, D/Dª en calidade de nai/pai, titor/a ou representante legal do/da menor (*) AUTORIZO EXPRESAMENTE e DOU O MEU CONSENTIMIENTO para que se lle realice a este/a a referida proba para a detección de COVID-19.

Data

() No caso de tratarse de menores emancipados ou maiores de 16 años que non teñan a súa capacidade modificada xudicialmente ou non se atopen incapacitados intelectual e emocionalmente para comprender o alcance da proba, o consentimento será prestado polo/a propio/a menor (artigo 9 Lei 41/2002, do 14 de novembro, básica reguladora da autonomía do paciente e de dereitos e obrigas en materia de información e documentación clínica).*

☐ Identificación e sinatura da persoa solicitante do servizo (Oficina de Farmacia).

(asinar dous exemplares; un entrégase á persoa usuaria)