

Apellido:

Nombre:

Fecha de nacimiento:

## DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

### Información de privacidad y declaración de consentimiento

Sus datos médicos están protegidos por la ley de privacidad. En el instituto médico radiológico (MRI) se trata en este caso en primer lugar de imágenes e informes relativos a estas imágenes. Para una evaluación óptima de sus imágenes a menudo tenemos que solicitar exámenes previos. También puede ser que médicos y hospitales que le tratan ulteriormente nos pedirán sus datos en caso de necesidad. Por ello queremos pedirle a rellenar y firmar la siguiente declaración.

- Confirmando que el instituto MRI ha sido autorizado por mí, hasta que lo revoque, a pedir exámenes previos e informes sobre mí y asimismo entregar mis exámenes e informes a médicos y hospitales que me tratan ulteriormente.
- Consiento en que los datos necesarios para valorar la obligación de prestación y la facturación sean enviados a mi seguro de enfermedad/seguro.
- El tratamiento, los contratos y todas las relaciones jurídicas entre el paciente, el médico y el instituto MRI están sujetos exclusivamente al derecho material suizo excluyendo todas las normas relativas a conflictos de intereses. El tribunal ordinario de Zúrich tiene la jurisdicción exclusiva.

Lugar y fecha:

Firma del/de la paciente:

### Consentimiento al uso de datos personales relativos a la salud para fines de investigación

La investigación contribuye de manera considerable a optimizar la calidad médica y con ello el tratamiento médico futuro. Con mi firma:

- consiento a que mis datos personales relativos a la salud, procedentes de un tratamiento médico o existentes en otra forma, puedan ser empleados para fines de investigación bajo estricta observancia de la confidencialidad;
- tomo conocimiento de que mi consentimiento es voluntario y que puedo retirarlo o revocarlo en todo momento sin justificación alguna;
- tomo conocimiento de que mis datos personales están protegidos por medios operativos y de organización de modo que tan solo personas autorizadas tengan acceso a tales datos;
- tomo conocimiento de que estoy autorizado a ser informado sobre cualquier resultado relacionado con mi salud: (por favor, marcar lo que corresponda)
  - Sí, deseo ser informado sobre los resultados
  - No, no quiero ser informado sobre los resultados
  - Dejo la decisión de ser informado sobre los resultados al criterio de \_\_\_\_\_ (designación exacta de la persona elegida por usted)

**Confidencialidad:** Todas las personas que tengan que ver en una manera u otra con sus datos personales mantendrán una confidencialidad estricta.

- Me opongo a la reutilización de mis datos para fines de investigación

Lugar y fecha:

Firma del/de la paciente: