

# PROYECTO CRONICOM

## Impacto de Los Pacientes Con Enfermedades Crónicas y Necesidades Complejas de Salud en Medicina Interna

### CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Vd. está siendo atendido actualmente por una ó más enfermedades médicas crónicas. Estos procesos se atienden de manera homogénea en el conjunto de los centros del Sistema Sanitario Público Nacional.

En la actualidad, estamos realizando un estudio (PROYECTO CRONICOM) encaminado a conocer las principales características médicas de personas con enfermedades crónicas y necesidades complejas de salud, como es su caso. Los resultados tendrán una aplicación en los pacientes con un cuadro clínico similar al suyo, pues nos permitirá planificar mejor el tratamiento y los cuidados que ustedes requieren.

Para realizar el PROYECTO CRONICOM, se necesita que pacientes como Vd. den autorización para que se les realice una entrevista que durará aproximadamente unos 15 minutos donde se le preguntarán por diferentes aspectos de sus enfermedades. Posteriormente se contactará con usted pasados DOCE meses para conocer su situación de salud en una entrevista que podrá ser telefónica ó en persona y que durará unos 5 minutos.

El uso de sus datos clínicos y personales se realizará únicamente con este fin y se protegerá de acuerdo con el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y el Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de sus datos personales.

### Implicaciones para el /paciente:

- La participación es totalmente voluntaria.
- El/paciente puede retirarse del estudio cuando así lo manifieste, sin dar explicaciones y sin que esto repercuta en sus cuidados médicos.
- Todos los datos carácter personal, obtenidos en este estudio son confidenciales y se tratarán conforme con el Reglamento (UE) 2016/679.
- La /información obtenida se utilizará exclusivamente para los fines específicos de este estudio.

**Riesgos de la investigación para el /paciente:** Ninguno

Si requiere información adicional se puede poner en contacto con nuestro personal de Atención Clínica en el teléfono: 955012370 o en el correo electrónico: wittel@cica.es

**CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DEL PACIENTE: PROYECTO CRONICOM**

Yo (Nombre y Apellidos):.....

- He leído el documento informativo que acompaña a este consentimiento (Información al Paciente)
- He podido hacer preguntas sobre el estudio <CRONICOM>
- He recibido suficiente información sobre el estudio CRONICOM He hablado con el profesional sanitario informador: .....
- Comprendo que mi participación es voluntaria y soy libre de participar o no en el estudio.
- Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.
- Se me ha informado de que la donación/información obtenida sólo se utilizará para los fines específicos del estudio.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
  - Cuando quiera
  - Sin tener que dar explicaciones
  - Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el *proyecto titulado* <CRONICOM>

Firma del paciente

(o representante legal en su caso)

Firma del profesional

sanitario informador

Nombre y apellidos:.....

Fecha: .....

Nombre y apellidos: .....

Fecha: .....