

ANEXO 2. Modelo de consentimiento informado del paciente

Farmacia

D/Dña, con DNI

autorizo al farmacéutico
a prestarme el servicio de **control de la diabetes desde la farmacia comunitaria – DayBTS.**

Para ello doy mi permiso para registrar los datos personales y sanitarios, de los que no se hará otro uso sin mi consentimiento expreso.

Manifiesto haber sido informado de todo el proceso del servicio, así como de su coste, y que el servicio se inicia y se lleva a cabo con mi consentimiento.

Por su parte, el farmacéutico D/Dña.

con DNI se compromete a:

- Mantener la privacidad de los datos personales y farmacológicos.
- Realizar este servicio siguiendo las normas establecidas en el Procedimiento Normalizado de Trabajo correspondiente.
- Proporcionar la información necesaria para gestionar de forma adecuada la enfermedad.

Fecha: a de de

Firma del paciente o representante

Firma del farmacéutico que realiza el servicio

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y a la aplicación de del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD), los datos que se faciliten se incorporarán al fichero del cual es titular el farmacéutico titular y el GRUPO INVESTIGADOR con la única finalidad de ofrecer una mejor asistencia sanitaria y atención farmacéutica y sobre el cual puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.

Copia Farmacia

Copia Paciente

Copia Grupo Investigador