Anexo I

FARMACIA PADRE PÍO. RONDA PADRE PÍO 4, SEVILLA 41006.
Tlfno/Fax. 954 652 440

Consentimiento informado del paciente para el Servicio de Nutrición en la farmacia.

D/Dña ..... con DNI .....

Autorizo a la farmacia **Farmacia Padre Pío (Sevilla)** a procesar mis datos personales y de salud para llevar a cabo el **Servicio de Nutrición y Dietética**, dentro de la Cartera de Servicios de la Farmacia, de los que no se hará otro uso sin mi consentimiento expreso.

Manifiesto haber sido informado del nuevo servicio de Nutrición, que se inicia a petición mía y se llevará a cabo en tanto permanezca este acuerdo.

Por su parte, los titulares de la farmacia Dña. María José de la Matta Martín, con DNI 27321768E y Dña. María José Martín Calero, con DNI 27805719F se comprometen a:

- Mantener la privacidad de los datos personales y de salud del paciente.
- Realizar las actividades del proceso siguiendo las normas establecidas por el personal cualificado para ello.
- Proporcionar la información necesaria para facilitar el seguimiento de la dieta adecuada al paciente.
- Realizar un seguimiento de la dieta mantenida por el paciente, con el fin de mejorar sus hábitos dietéticos, así como prevenir, detectar y resolver las incidencias surgidas durante el proceso.

....., a ..... de ..... de .....

Firma del paciente o representante

Firma del farmacéutico

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos Personales, los datos que se faciliten se incorporarán al fichero del farmacéutico con la única finalidad de ofrecer una mejor asistencia sanitaria y atención farmacéutica.