

 <p>GENERALITAT VALÈNCIANA CONSELLERIA DE SANITAT UNIVERSAL I SALUT PÚBLICA</p>	<p>Unidad de Prevención de Riesgos Laborales n° 13 Departamento de Salud de Elda</p>	<p>DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA VIGILANCIA DE LA SALUD INDIVIDUAL / REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA VIGILANCIA DE LA SALUD</p>		
<p>A</p>		<p>DATOS DEL TRABAJADOR O TRABAJADORA</p>		
<p>APELLIDOS</p>	<p>NOMBRE</p>	<p>DNI/SIP</p>	<p>FECHA NACIMIENTO</p>	
<p>NÚM. SIP</p>	<p>DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)</p>		<p>CP</p>	
<p>LOCALIDAD PROVINCIA</p>	<p>TELÉFONO</p>	<p>CORREO ELECTRÓNICO</p>		
<p>B</p>		<p>PROCEDIMIENTO DE VIGILANCIA DE LA SALUD INDIVIDUAL</p>		
<p>La vigilancia de la salud específica para los riesgos presentes en su puesto de trabajo actual incluye la determinación de los siguientes parámetros analíticos y prácticas invasivas (el personal sanitario señalará con una cruz las pruebas a determinar):</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Hemograma <input checked="" type="checkbox"/> Perfil hepático (GOT,GPT,GGT,LDH,FA) <input checked="" type="checkbox"/> Perfil renal (Urea ,Cr) <input checked="" type="checkbox"/> Proteínas totales, albumina y calcio <input checked="" type="checkbox"/> TSH / hormonas tiroideas</p> <p>Serología para:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Hepatitis B <input checked="" type="checkbox"/> Hepatitis C <input checked="" type="checkbox"/> HIV <input checked="" type="checkbox"/> Rubéola, parotiditis, sarampión y varicela <input checked="" type="checkbox"/> Otros (especificar) Quantiferón TB <input checked="" type="checkbox"/> Prueba de Mantoux o tuberculina Rosa de bengala</p> <p>En el caso de presentar alguna patología estudiada por el SNS, a efectos únicamente de consulta de la documentación clínica al respecto y a objeto de poder emitir conclusiones tras la realización de la vigilancia de su estado de salud que en este momento se le va a realizar, solicitamos su autorización para el acceso médico:</p> <p>historia clínica ORION <input type="checkbox"/> X Sí <input type="checkbox"/> No Historia clínica SIA (ABUCASIS) <input type="checkbox"/> X Sí <input type="checkbox"/> No</p>				
		<p>DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO</p>		
<p>DECLARO que he sido informado/a del contenido de la vigilancia de la salud individual que se me va a realizar y que he comprendido satisfactoriamente todo lo relativo a la vigilancia de mi estado de salud por lo que:</p> <p><input type="checkbox"/> X ACEPTO realizar la vigilancia de la salud <input type="checkbox"/> NO ACEPTO realizar la vigilancia de la salud</p>				
<p>El/La trabajador/a Fecha y firma:</p>		<p>Personal sanitario especialista del SPRL que informa Nombre, apellidos, nº colegiado/a , fecha y firma:</p>		
<p>D</p>		<p>REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO</p>		
<p>Revoco de forma voluntaria el consentimiento prestado :</p> <p style="text-align: center;">El/La trabajador/a</p> <p>Fecha y firma:</p> <p>Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).</p>				