

FORMULARIO DE CONSULTAS AL COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL PONIENTE

El formulario de consultas deberá ir firmado por quien formule la consulta, y remitirse por correo a: AGENCIA PÚBLICA EMPRESARIAL SANITARIA HOSPITAL DE PONIENTE. Secretaría del Comité de Ética Asistencial Poniente. Carretera de Almerimar s/n 04700 El Ejido (Almería) o en persona en la registros de los dos centros adscritos al comité.

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre:

Apellidos:

Dirección de contacto:

Correo electrónico:

Teléfono de contacto:

Identificador (DNI, Pasaporte, Razón social...):

Fecha en la que se realiza la consulta:

El solicitante se responsabiliza de la veracidad de los datos cumplimentados y/o aportados, y, en su caso, deberá aportar las pruebas documentales que se le requieran

Firma:

IMPLICACIÓN DEL SOLICITANTE

Profesional (especificar):

Paciente (1)

Representante legal (1)

Entidad

Directivos de los centros del SSPA

Otros (especificar):

- Para el trabajo del comité es necesario explicar de forma detallada las circunstancias del caso, indicando los detalles clínicos existentes.
- Deberá considerar que todo aquello que se conversa en una sesión del comité es absolutamente confidencial.
- Debe especificar claramente cuáles son las preguntas que desea hacer al comité.
- (1) De conformidad con lo dispuesto en el Art.2.2 del Decreto 438/2010, de 14 de diciembre, los miembros del CEAP tienen derecho a acceder a la HC del paciente/s afectados por la actuación objeto de consulta. En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de esta solicitud y demás que se adjunten referidos al supuesto objeto de consulta, van a ser incorporados para su tratamiento al fichero Historias Clínicas Centros de Salud/Historias Clínicas Centros Hospitalarios, dependiendo de donde se dispense la atención sanitaria. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tiene como finalidad prestar atención a los usuarios de los servicios sanitarios facilitando la continuidad asistencial. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Secretaría del CEAP sito en Hospital de Poniente Ctra. de Almerimar s/n 04700 El Ejido (Almería) o mediante correo electrónico a: ceaponiente@ephpo.es

MOTIVO DE CONSULTA: (Por favor, indique el motivo de consulta y seguidamente cuál sería el plazo máximo de respuesta y porqué)



1