

ANEXO I.1.

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

A persoa abaixo asinante, D/Dª

D/Dª....., na súa condición de titor/representante legal da anterior
(no caso de persoas menores de idade ou incapacitadas),

autoriza expresamente á farmacia a que comunique á Consellería
de Sanidade/Servizo Galego de Saúde os resultados da proba de autodiagnóstico da COVID-19 realizada
nese establecemento o día, quedando informado/a de forma precisa e inequívoca dos
seguintes aspectos:

a) Realización da proba:

A autorecollida da mostra será realizada pola persoa usuaria dentro do local da oficina de farmacia baixo a supervisión e o acompañamento dun/unha farmacéutico/a. A intervención dos/as profesionais farmacéuticos ceñirase a dar información as persoas solicitantes, ao procesado da mostra, á lectura e comunicación do resultado e á emisión dos certificados correspondentes, sempre e cando o test de detección sexa adquirido e realizado na propia oficina de farmacia e estea contemplado entre os autorizados pola AEMPS.

b) Efectos e riscos:

A priori trátase dunha técnica pouco molesta, nas instrucións de uso non figuran importantes danos ou efectos secundarios, En calquera caso, debe coñecer que ningunha proba está exenta de todos risco.

c) Resultados:

- Se o resultado é positivo, este debe ser confirmado con outras análises máis precisas segundo os protocolos vixentes. O/a farmacéutico/a rexistrará o resultado da proba de autodiagnóstico no Rexel e indicará á persoa que tivese un resultado positivo a necesidade de autoillarse inmediatamente, informándolle que dende a Consellería de Sanidade poñeranse en contacto con ela.
- Se o resultado é negativo, debe estar atento á evolución da súa situación clínica.
- Non se pode excluír unha infección por coronavirus (SARS-COV-2) se o resultado da proba é negativo.
- Debe seguir en todo momento as medidas preventivas establecidas polas autoridades sanitarias.

De conformidade co establecido na normativa vixente en materia de protección de datos, queda informado/a que os datos que facilitados por vostede, así como o resultado das probas realizadas, serán tratados segundo o establecido no protocolo acordado coa autoridade sanitaria para a xestión destas probas e o seu seguimento, así como para o seguimento, vixilancia e control epidemiolóxico da Covid-19 para previr e evitar situacións excepcionais de especial gravidade.

Neste marco, o tratamento dos datos lexitimado atendendo a razóns de interese público esencial no eido específico da saúde pública, e para a protección de intereses vitais das persoas afectadas e doutras persoas físicas. Adicionalmente, os citados datos trataranse pola Consellería de Sanidade/Servizo Galego de Saúde para o exercicio das súas competencias legalmente establecidas.

Os datos facilitados poderán ser comunicados a outras autoridades con competencias en materia de sanidade, de conformidade co establecido na normativa vixente tanto a nivel nacional coma internacional, segundo o establecido na Lei 2/2021, do 29 de marzo, de medidas urxentes de prevención, contención e coordinación para facer fronte á crise sanitaria ocasionada pola Covid-19 e, no seu caso, a Xulgados e Tribunais.

Pode exercer os seus dereitos en materia de protección de datos ante a Consellería de Sanidade/Servizo Galego de Saúde, na súa sede electrónica ou presentando unha solicitude en calquera das oficinas de atención ao cidadán e rexistros públicos previstos na normativa de procedemento administrativo para a presentación de documentos ante as Administracións Públicas. Tamén ten dereito a presentar unha reclamación ante a Axencia Española de Protección de Datos, se considerase infrinxidos os seus dereitos.

De conformidade co exposto, a persoa asinante DECLARA:

- Que foi informada con antelación e de xeito satisfactorio polo/a farmacéutico/a sobre a súa participación na realización do tes de autodiagnóstico de antíxeno SARS-COV-2, a realización de forma autónoma da proba, os seus riscos e aspectos relacionados, a comunicación dos resultados, e está de acordo coa súa realización.
- Que leu e comprendeu este escrito, estando satisfeito coa información facilitada, e que puido formular todas as preguntas que considerou conveniente, e que recibiron resposta.

Por tanto, AUTORIZA EXPRESAMENTE E DA O SEU CONSENTIMENTO para recoller os seus datos persoais e para que os resultados do test de autodiagnóstico do SARS-COV-2 sexan comunicados á Consellería de Sanidade/Servizo Galego de Saúde.

Selo da oficina de farmacia

Data e sinatura da persoa solicitante

(Asinaranse dúas copias e entregárase unha á persoa asinante.)