



II. ERANSKINA
Baimen informatua,
Arabako Lurralde Historikoko Egoitza
Unitate Soziosanitarioan sartzeko

ANEXO II
Consentimiento informado de acceso
a la Unidad Residencial Sociosanitaria del
Territorio Histórico de Araba/Álava

Adierazpen egilearen izen-abizenak • Nombre y Apellidos de la persona interesada

NAN • D.N.I.

Ordez kariaren izen-abizenak • Nombre y Apellidos de la persona Representante

NAN • D.N.I.

Hurrengo hau denez¹ • En calidad de¹:

Tutorea • Tutor/a Legezko ordezkaria • Representante legal Egitatezko zaintzailea • Guardador/a de hecho

Nik, adierazpen egile naizenez, buru gaitasun guztiak ditudala, edo gorago jartzen den pertsonaren ordezkaria naizenez, honen bidez hauxe
ADIERAZTEN DUT:

1.
medikuak / gizarte langileak / besterik: (zehaztu nor)
..... (zirriboratu ez dagokiona) informazio egokia eman didala Egoitza Unitate Soziosanitarioan sartzeari buruzko ezaugarriez eta horrek dakartzan betebeharez:
Zuk, egun duzun egoeran, ez dituzu behar ospitale batean ematen diren zaintza medikoak; halaber, ez zara gai egoitza batean sartzeko.

NAHI BADUZU, zure osasun egoera eta egoera soziala balioetsi ahal du Balioespen eta Orientabide Soziosanitarioko Batzordea osatzen duten profesional talde batek, zeinek zehaztuko duen Arabako Egoitza Unitate Soziosanitarioan sartzeko moduan zauden ala ez.

Unitate horiek berariaz daude diseinatuta mendekotasun egoeran dauden eta zaintza sozial eta sanitarioko beharrian handiak dituzten pertsonen beharrezko prestazioak emateko. Jakin beharrean zaudete hauexek direla Egoitza Unitate Soziosanitarioko plazen ezaugarriak:

- Egonaldia aldi baterako da. Balioespen eta Orientabide Soziosanitarioko Batzordeak zehazten du, zure eboluzioa gorabehera, alta ematen dizun etxera ala egoitza batera, edo larrira joz gero, ospitalean sartzera.
- Egonaldia ordaindu egin behar da 31. egunetik aurrera, eta kostu hori indarrean dagoen foru araudiko prezio publikoetan finkatutakoa da; egoitzetan adinekoen aldi baterako egonaldietarako ezarrita dagoena, hain zuzen ere.
- Bertan zauden bitartean, zentroko elkarbizitza arauak bete beharko ditu.
- Agiri hau irakurri eta gero, zalantzarik baduzu edo bestelako argibiderik behar baduzu, galdetu lasai.

DECLARO:

1. Que quedo convenientemente informado/a por

.....,
en calidad de médico/a, trabajador/a social, otro (especificar) (tachar lo que no proceda) de las características del ingreso en la Unidad Residencial Sociosanitaria y de las obligaciones que conlleva: UD. En su actual situación no requiere de los cuidados médicos que se prestan en un hospital, ni es apto para ingreso en un centro residencial.

SI LO DESEA, su situación de salud y social puede ser valorada por un equipo de profesionales que integran la Comisión de Valoración y Orientación Sociosanitaria que determinará su posible ingreso en la Unidad Residencial Sociosanitaria de Araba/Álava.

Estas unidades han sido específicamente diseñadas para proporcionar las prestaciones necesarias a personas en situación de dependencia con necesidades intensas de cuidados sanitarios y sociales.

Las plazas de la Unidad Residencial Sociosanitaria tienen las siguientes características que UD. debe conocer:

- La estancia es temporal. Será la Comisión de Valoración y Orientación Sociosanitaria quien determine, en función de su evolución, su alta al domicilio o a un centro residencial o, en el caso que se produzca un agravamiento, determine el ingreso en un centro hospitalario.
- La estancia tiene un coste a partir del día 31 de estancia, el coste que deberá abonar será el precio público que en ese momento la normativa foral tenga establecida para estancias temporales en centros residenciales para personas mayores.
- Durante su estancia, deberá acatar las normas de convivencia del centro.
- Si tras la lectura de este documento tiene alguna duda o necesita alguna aclaración no dude en preguntar.

¹ Tutorearen eta legezko ordezkarien kasuan, horien izendapenen egiaztagiria aurkeztu beharko da. Egitatezko zaintzailearen kasuan, egitatezko zaintzaren zinpeko aitortpena erantsi beharko da, eredu normalizatuan.

¹ Deberá acompañarse en el caso del tutor y representante legal, documento en que conste de manera fehaciente el nombramiento como tal. En el caso de los guardadores de hecho, deberá adjuntarse declaración jurada de guarda de hecho en el modelo normalizado.

2. Ulertu dut jasotako informazioa eta egoki irizitako galdera guztiak egin ahal izan ditut.

3. DBLO eta Datuak Babesteko Legea betez, GOFeko Adinekoen Ataleko Zuzendariordetza Teknikoak jakinarazten dizu zure datu pertsonalak ADINDUENTZAKO ZENTROAK ETA EGOITZAK izeneko fitxategian daudela, bertan jasotako erabiltzaileak kudeatu eta arreta emateko, eta beharrezko diren segurtasun neurriak dituela, Datuak Babesteko Euskal Bulegoko erregistroan inskribatuta. Datuetan sartzeko, datuak ezerezteko, datuak zuzentzeko edo datuen aurka egiteko eskubideaz edozein zalantza argitu edo iruzkina egiteko, idazkia bidal dezakezu GOFeko Adinekoen Ataleko Zuzendariordetza Teknikora (Alaba Jeneralaren kalea, 10-5. solairua. 01005 Gasteiz, Araba), zure nortasuna egiaztatuta edo, ordezkariaren bat joanez gero, haren NANA eta ordezkariaren egiaztagiria eramanda.

4. Berriazko baimena ematen dut nire datu pertsonalak tratatu daitezzen, nire edo nire ordezkatuaren historia klinikoan (azpimarratu dagokiona), balorazio txostenetan eta erabiltzailearen jarraipena egiteko zentroan erabiltzen diren bestelako agirietan jasota dauden osasunari eta gorabehera psikosozialei buruzkoak barne. Halaber, baimena ematen dut Balioespen eta Orientabide Soziosanitarioko Batzordeko langile baimenduei eskuratzeko, bakar-bakarrak baloratu ahal dezan Arabako Egoitza Unitate Soziosanitarioan sartu ala ez, momentu bakoitzean beharrezko diren zerbitzuei egokitutako arreta soziosanitaria jaso ahal izateko.

5. Eta, ondorioz, onartzen dut, balorazioa positiboa izanez gero, Egoitza Unitate Soziosanitarioan sar nazatela.

Eta izenpetzen dut kasuan kasuko legezko ondorioak izan ditzan.

-(n)

20 -(e)ko -ren

-(e)an

Informatu duen pertsonaren sinadura
Firma de la persona que ha informado

Adierazi izena, abizenak eta NAN zenbakia irakur daitekeen letraz
Indicar nombre, apellidos y DNI con letra legible

2. Que he comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

3. Que en cumplimiento de la LOPD y de la Ley Vasca de Protección de Datos, la Subdirección Técnica del Área de Personas Mayores del IFBS, le informa que sus datos de carácter personal están incluidos en un fichero denominado "CENTROS Y RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES" para los fines de la gestión y atención de los usuarios del mismo, que cuenta con las debidas medidas de seguridad y que consta inscrito en el Registro de la AVPD. Para cualquier duda o comentario en relación con sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, Vd. puede dirigir un escrito, acreditando su identidad, y en el caso de representación, además el DNI de la persona representante junto con la documentación acreditativa de la representación, a la Subdirección Técnica del Área de Personas Mayores del IFBS, sita en C/ General Álava 10, 5ª Planta, CP 01005 Vitoria – Gasteiz (Álava).

4. Que autorizo expresamente al tratamiento de mis datos personales, incluidos aquellos datos personales de salud y de circunstancias psico-sociales, contenidos en mi Historia Clínica o los de mi representado (subrayar lo que proceda en cada caso), en informes de valoración y cualesquiera otros documentos utilizados en el Centro para seguimiento del usuario. Asimismo, autorizo a que puedan ser facilitados al personal autorizado de la Comisión de Valoración y Orientación Sociosanitaria, a los únicos y exclusivos efectos de poder valorar un posible ingreso en la Unidad Residencial Sociosanitaria de Araba/Álava para recibir una atención sociosanitaria adecuada a los servicios requeridos en cada momento.

5. Y en consecuencia consiento, que en caso de que la valoración resulte positiva se proceda a mi ingreso en la Unidad Residencial Sociosanitaria.

Lo cual firmo a los efectos legales que resulten oportunos.

En

a de

de 20

Interesatuaren sinadura
Firma de la persona interesada

Legezko ordezkariaren, egitatezko zainzailearen edo tutorearen sinadura
Firma de la persona Representante legal, Guardora de hecho o Tutora