

**PROGRAMA DE SALUD RENAL
PROGRAMA DE PREVENCION Y TRATAMIENTO DE GLOMERULOPATIAS**

**Ministerio de Salud Pública - Fondo Nacional de Recursos- Sociedad Uruguaya de Nefrología-
Centro de Nefrología, Facultad de Medicina (Universidad de la República).**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
Para el manejo de datos de Historia Clínica**

1.- INFORMACIÓN GENERAL.-

El presente Consentimiento Informado se brinda en el marco del Programa de Salud Renal, el cual tiene como finalidad prevenir la Enfermedad Renal y mejorar la calidad de la atención médica de las personas con Enfermedad Renal. El Programa ha implementado el Registro de Enfermedad Renal Crónica.

¿Cuál es el propósito del Registro?

El Registro tiene el propósito de conocer nuestra realidad, estimar el número de personas afectadas, las manifestaciones clínicas más frecuentes, el control médico, el tratamiento y la evolución.

De esta manera se podrá evaluar la eficacia del Programa y planificar las estrategias para mejorar la calidad de la atención médica. Para cumplir con este objetivo, es necesario que los datos de su historia clínica y la de todas las personas con Enfermedad Renal sean almacenados en la Base de Datos del Registro que estará ubicada en el Fondo Nacional de Recursos, bajo la responsabilidad de la Comisión Honoraria de Salud Renal.

Confidencialidad

Si acepta que los datos de su historia clínica se incluyan en la Base de Datos del Registro, la información será guardada confidencialmente de acuerdo con la legislación vigente. Su identidad así como cualquier información obtenida en relación con el registro será confidencial. La estructura de la base de datos del registro separa la información que lo identifica del resto de sus datos y ambas informaciones se asociarán únicamente a los efectos de su atención médica.

2.- CONSENTIMIENTO

He comprendido la información que se me brinda y estoy de acuerdo en que datos de mi historia clínica sean almacenados en la base de datos del Fondo Nacional de Recursos – Ministerio de Salud Pública y utilizados estrictamente para los fines antes descriptos. Entiendo que la decisión de participar o no en el Registro no afectará de ninguna manera el cuidado médico que recibo.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

FIRMA DEL MÉDICO

ACLARACIÓN y C.I.

ACLARACIÓN y C.I.

Fecha: / /