

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE UN RECONOCIMIENTO MÉDICO EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD LABORAL DE LA SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

(Conforme a la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica 41/2002, de 14 de noviembre)

En cumplimiento del marco normativo vigente, se le comunica que entre las obligaciones del Ayuntamiento de Madrid y sus Organismos Autónomos en materia de Seguridad y Salud en el trabajo, se encuentra el garantizar a los trabajadores la **vigilancia periódica de su estado de salud en función de los riesgos inherentes al trabajo**, por lo que le rogamos lea en su totalidad el documento.

En este sentido, y como así se expone en el artículo 22 de la Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales y el Plan General de Prevención;

- Con las excepciones que marca la Ley, esta vigilancia sólo podrá llevarse a cabo cuando el trabajador **preste su CONSENTIMIENTO.**

Las medidas de vigilancia y control de la salud de los trabajadores, se llevarán a cabo respetando siempre el **derecho a la intimidad y a la dignidad de la persona** del trabajador, así como de la **confidencialidad** de toda la información relacionada con su estado de salud.

Los **resultados obtenidos serán comunicados a los trabajadores afectados**, no pudiendo ser los datos empleados de forma discriminatoria ni en perjuicio del trabajador.

El **acceso a la información médica de carácter personal**, se limitará al personal sanitario y a las **autoridades sanitarias** que lleven a cabo la Vigilancia y control de la Salud de los trabajadores, sin que pueda facilitarse esta información al empresario o a otras personas sin **consentimiento expreso del trabajador.**

No obstante lo anterior, **el empresario y las personas u órganos con responsabilidades en materia de prevención, serán informados de las conclusiones que se deriven** de los reconocimientos efectuados en relación con la **aptitud del trabajador para el desempeño del puesto de trabajo** o con la necesidad de introducir o mejorar las **medidas de protección y prevención**, a fin de que puedan desarrollar correctamente sus funciones en materia preventiva.

Las medidas de vigilancia y control de la salud de los trabajadores, se llevarán a cabo por **personal sanitario con competencia técnica, formación y capacidad acreditada**, aplicando los Protocolos específicos de Vigilancia de la Salud.

RIESGOS RELACIONADOS CON CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES

- NO
- SI (en este caso especificar).....

El **trabajador** ha sido informado que se encuentra **protegido** por la **Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal** y sus datos se incorporan al correspondiente fichero gestionado por este Departamento, autorizándole a la utilización y tratamiento de los mismos, para cualquier finalidad relacionada con la Salud Laboral. El Departamento de Salud Laboral del Ayuntamiento de Madrid, garantiza la seguridad en la custodia, almacenamiento y utilización de los datos, restringiendo la difusión de los mismos exclusivamente para fines de vigilancia y control de la salud, en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/99, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter Personal. Al trabajador le asisten los derechos de acceso, oposición, rectificación y cancelación de sus datos personales, bastando para su ejercicio comunicación por escrito dirigida a éste Departamento

- ACEPTO SOMETERME a este Reconocimiento Médico
- NO ACEPTO SOMETERME a este Reconocimiento Médico

Se entrega al paciente el documento de consentimiento informado y la información relativa a las pruebas que se realizarán para llevar a cabo el reconocimiento médico, el día.....de.....de.....

Don/Doña:

D.N.I.:

Firma:

Fecha:

REVOCACIÓN

D/Dª....., con DNI....., en fecha....., revoco el consentimiento prestado en fecha.....y no deseo se me realice el mencionado reconocimiento.

Firma: