pro mujer

CONSENTIMIENTO INFORMADO

AUTORIZACIÓN DE GESTIÓN DE EXPEDIENTE DIGITAL

Manifiesto que he sido informada en forma respetuosa y clara por Fundación Pro Mujer Argentina ("PRO MUJER") y que han sido respondidas de manera íntegra y completa mis dudas y/o consultas, con respecto a los beneficios y riesgos médicos vinculados a los procedimientos de **Muestra de Papanicolaou y/o de Vacunación** (los "Procedimientos Médicos"). En particular, manifiesto expresamente que:

(i) he sido informada sobre los posibles beneficios que los Procedimientos Médicos representan para mi salud; así como los riesgos reales y potenciales (molestias y complicaciones) que se pudieran presentar, los cuales acepto en su totalidad, bajo mi exclusiva responsabilidad;

(ii) entiendo que, es mi obligación informar debidamente al profesional interviniente todos los datos de salud necesarios para la realización de los Procedimientos Médicos, de forma que, en caso de existir negligencia o falsedad de mi parte en dicha manifestación, se podrían ocasionar confusiones en el diagnóstico o errores en la selección de los tratamientos, sin que estos resultados fueran atribuibles a PRO MUJER;

(iii) tengo conocimiento de que el resultado del Procedimiento Médico de Muestra de Papanicolaou puede no ser definitivo, siendo mi responsabilidad verificar o confirmar el resultado obtenido;

(iv) tuve oportunidad de realizar todas las preguntas que consideré oportunas, las cuales fueron respondidas de manera suficiente y completa;

(v) en forma adicional, he leído detenidamente y declaro entender, la información vinculada a los Procedimientos Médicos que me ha sido brindada y cuyo detalle se incluye como Anexo I del presente.

En virtud de lo anterior, manifiesto mediante la firma del presente Consentimiento Informado, que acepto voluntariamente realizar los Procedimientos Médicos.

En forma complementaria a la manifestado previamente en este Consentimiento Informado, declaro que he sido informada respecto a la posibilidad de que PRO MUJER almacene en sus archivos y sistemas toda la información vinculada con mi expediente médico personal relacionada a los Procedimientos Médicos (la "Información Médica Personal") mediante la gestión de un expediente clínico digital (el "**Expediente Digital**"), pudiendo PRO MUJER, sin derecho de mi parte a exigir ningún tipo de retribución, utilizar la Información Médica Personal con fines médicos, estadísticos, de investigación y otros fines similares permitidos por la ley vigente para el procesamiento de datos personales. En este sentido, he sido adecuadamente informada sobre mis derechos en relación con la gestión del Expediente Digital, dentro de los cuales se reconocen los siguientes:

(1) El uso de los medios que aseguran la preservación de la integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de los datos contenidos en el Expediente Digital;

(2) La adopción de, entre otras medidas de seguridad, el uso de accesos restringidos con claves de identificación, medios no reescribibles de almacenamiento, control de modificación de campos o cualquier otra técnica idónea para asegurar su integridad del Expediente Digital;

(3) La inviolabilidad del Expediente Digital.

Se establece que PRO MUJER tendrá a su cargo la guarda y custodia del Expediente Digital, asumiendo el carácter de depositaria de aquel; por lo que instrumentará los medios y recursos necesarios a fin de evitar el acceso a la información contenida en ella por personas no autorizadas. Asimismo, he sido informada sobre mi derecho de acceder a mi solicitud al contenido del Expediente Digital y obtener dentro del plazo previsto por ley una copia de la información allí contenida y respecto al cumplimiento de las normas vigentes referidas al almacenamiento y tratamiento de mis datos personales que llevará adelante PRO MUJER.

Por último, se deja constancia de que la información brindada por mí, será conservada por PRO MUJER, con domicilio en Jujuy 215, Salta, Argentina, con la única finalidad informada en el presente. Como Responsable de la Base de Datos, PRO MUJER garantiza que los procesos internos propios de las bases de datos cumplen con las obligaciones legales de seguridad y confidencialidad impuestas por la Ley N° 25.326 de Protección de Datos Personales y que se asegura el acceso, actualización, supresión o rectificación de los datos por parte de su titular (artículo 14 y 15 de la Ley 25.326). En mi carácter de titular de los datos personales tendré la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita en intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley Nº 25.326. La AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA, Órgano

de Control de la Ley Nº 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales

En virtud de lo manifestado previamente, mediante la firma de la presente, autorizo expresamente a PRO MUJER a gestionar el Expediente Digital así como a la utilización de la Información Médica Personal, a los fines y bajo las condiciones descriptas en la presente.

Finalmente, manifiesto conocer mi derecho a revocar oportunamente y en forma escrita el presente Consentimiento Informado, con carácter previo a la realización de los Procedimientos Médicos.

ANEXO I

1) TOMA DE MUESTRA DE PAPANICOLAOU. Información general – beneficios reales y/o potenciales del procedimiento: El cáncer de cuello uterino es uno de los problemas de salud más frecuentes a nivel mundial, el cual detectado en etapas iniciales tiene mayor oportunidad de curarse. El Papanicolau es una prueba, que permitirá obtener una muestra de secreción del cuello uterino para evaluar la presencia de células anormales que pueden ser pre cancerígenas o cancerígenas. El cáncer de cuello uterino, es causado en la mayoría de veces por el virus de papiloma humano, pero la prueba de Papanicolaou no es para detectar su presencia sino para detectar células en proceso de convertirse en cáncer por la presencia del virus. Posibles molestias o complicaciones – riesgos reales y/o potenciales: La toma de muestra de Papanicolaou, al ser una prueba poco invasiva no presenta mayor número de complicaciones o molestias después del procedimiento; sin embargo, algunas pacientes pueden presentar las siguientes molestias: - Molestia o dolor pélvico: durante el procedimiento o posterior al mismo. - Calambres a nivel abdominal, el cual desaparece poco tiempo después de terminado el procedimiento. - Sangrado vaginal escaso, el cual se debe al mecanismo de raspado celular que es la forma de tomar la muestra; sin embargo, este debe desaparecer generalmente al día siguiente. - Salvo que haya alguna condición subyacente, como alteración de coagulación, otra patología pélvica adicional, la toma de muestra de Papanicolaou, no debiera generar ningún tipo de complicación. Resultados: De acuerdo con las normas vigentes, el resultado de esta prueba sólo podrá ser entregado a la persona que se realizó el procedimiento. Existen condiciones en las cuales los resultados requieran pruebas adicionales o la repetición de la misma, según las investigaciones médicas científicas pueden darse dos circunstancias: - Falsos negativos: cuando habiendo presencia de alguna alteración en el cuello uterino el resultado es negativo, entre las principales causas para que esto suceda están: (i) Recolección inadecuada de células; (ii) Pequeña cantidad de células anormales; (iii) Sangre o células inflamatorias que no permiten ver adecuadamente las células anormales. Falsos positivos: cuando no teniendo lesiones o células anormales, el resultado es positivo, entre las principales causas tenemos: (i) Presencia de células escamosas atípicas de importancia no determinada (ASCUS - por sus siglas en inglés); (ii) Presencia de células glandulares atípicas que, sin ser anormales, tienen apariencia de serlo.

2) VACUNACIÓN Información general – beneficios reales y/o potenciales del procedimiento: La vacunación es una forma sencilla, eficaz y controlada de estimular al sistema inmune para protegernos contra enfermedades dañinas antes de entrar en contacto con ellas. Las vacunas activan las defensas naturales del organismo para que aprendan a resistir a infecciones específicas, y fortalecen el sistema inmunitario. Riesgos reales y/o potenciales derivados del procedimiento: Como todos los medicamentos, las vacunas pueden causar efectos secundarios leves —por ejemplo, fiebre baja, dolor o enrojecimiento en el lugar de inyección—, que tienden a desaparecer espontáneamente o con el uso de analgésicos comunes; raramente producen efectos secundarios más graves o duraderos.