

## Formulario de exclusión: Adultos, Padres/Tutores o Persona Responsable

Declaración de adultos, de un padre/tutor (en nombre de un niño o menor) o de una persona responsable (en nombre de una persona que no puede o no es competente para dar su consentimiento por sí misma)

Firmo este formulario para excluirme del programa MedicineInsight. Al firmar el formulario, acepto lo siguiente:

- He leído la hoja informativa o alguien me la ha leído en un idioma que entiendo. También puede encontrar copias traducidas de la hoja informativa en: <https://www.nps.org.au/medicine-insight/patient-and-provider-information>
- He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre MedicineInsight. En el consultorio me han explicado el programa y han respondido a mis preguntas.
- Entiendo que el consultorio dejará de divulgar a MedicineInsight mi información o la información asociada con la persona en cuyo nombre se firma este formulario de exclusión y reconozco que puede que no sea posible retirar la información recopilada hasta el momento de esta exclusión.
- Entiendo que la decisión de excluirme de MedicineInsight no influirá en la asistencia sanitaria que yo, o la persona en cuyo nombre se toma esta decisión, recibamos ahora o en el futuro.

Marque esta casilla si desea excluirse del programa MedicineInsight:

Quiero excluirme del programa MedicineInsight

Marque esta casilla si cumplimenta este formulario en nombre de otra persona:

Cumplimento este formulario en nombre de un niño/menor o de una persona que no puede o no es competente para dar su consentimiento por sí misma.

Nombre de la persona	
Nombre del padre/madre/tutor o persona responsable. <i>*Si firma en su propio nombre, deje este espacio en blanco.</i>	
Dirección	
Edad (en años)	

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Favor de devolver este formulario cumplimentado a su médico de cabecera o a la recepción del consultorio.**

### \*PARA USO DE LA OFICINA

He eliminado al paciente de la herramienta de recopilación de datos de MedicineInsight

He tomado medidas para asegurarme de que la herramienta de MedicineInsight no recopila la información en la historia clínica del paciente

Nombre del responsable de la acción	
-------------------------------------	--

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_