



Consentimiento informado para el acceso al expediente de salud por el Consejo Nacional de Personas con Discapacidad (CONAPDIS)

Establecimiento de salud	Servicio	
Nombre del usuario	N.º de identificación	Edad
Nombre del profesional que informa	Código profesional	
Nombre del profesional que realiza el procedimiento	Código profesional	

Lea cuidadosamente y consulte al profesional cualquier duda que le surja.

Descripción y objetivo: con el fin de analizar la solicitud de certificación de discapacidad solicitado por las personas usuarias, el Consejo Nacional de Personas con Discapacidad requiere acceder a su expediente de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y revisar los registros sobre valoraciones en servicios de emergencias, motivos de consulta, diagnósticos, procedimientos realizados, prescripciones de medicamentos, valoraciones de control en consulta externa, histórico de incapacidades y cirugías, hospitalización, resultados de estudios de laboratorio y gabinete, epicrisis médicas cuando existan y cualquier otro tipo de atención recibida en la Caja Costarricense de Seguro Social.

Para agilizar los tiempos de respuesta, se ha firmado un convenio entre el Consejo Nacional de Personas con Discapacidad y la CCSS que permite a los profesionales de salud de ese Consejo consultar su expediente de salud. En caso de que usted autorice el acceso a su expediente de salud, la información será utilizada exclusivamente por estos profesionales y únicamente para analizar y emitir, si corresponde, el Certificado de Discapacidad.

Sus datos serán protegidos bajo estrictos estándares de confidencialidad y secreto profesional, lejos del acceso de terceras personas, para resguardar su privacidad. Cumpliendo las regulaciones plasmadas en la Ley N° 9162 “Expediente Digital Único de Salud” y Ley N° 8968 “Protección de la persona frente al tratamiento de sus datos personales”.

Beneficios: con su autorización se pretende facilitar y disminuir los tiempos para emitir las certificaciones de discapacidad.

Alternativas disponibles: si usted no brinda la autorización deberá presentarse a la CCSS a solicitar las epicrisis que le solicita el Consejo Nacional de Personas con Discapacidad.

Riesgos: aunque se busca agilizar el trámite, el acceso por parte de los profesionales del Consejo Nacional de Personas con Discapacidad a su expediente de salud, aumenta el riesgo de acceso no autorizado, filtración o uso indebido de su información. Para evitar este riesgo se han implementado medidas para que solo las personas autorizadas tengan acceso su expediente de salud y se ha solicitado a estos profesionales firmar un compromiso de confidencialidad y de trazabilidad de accesos al Sistema Integrado de Expediente de Salud.

Información de interés: si usted retira o anula su consentimiento, este cambio será aplicable a partir de ese momento, sin efectos retroactivos.

Dudas: el profesional responderá y anotará en observaciones las preguntas que usted tenga.



Observaciones: el profesional de salud anotará en este recuadro otros aspectos que ha conversado con usted.

--

Declaración: consciente de lo anterior, autorizo expresamente para que profesionales en salud del Consejo Nacional de Personas con Discapacidad debidamente autorizados, accedan a mi expediente de salud e integren el consentimiento informado y la certificación de discapacidad, si corresponde. Por último, entiendo que en cualquier momento puedo cambiar mi decisión sobre la autorización brindada para consultar mi expediente de salud.

De manera libre y voluntaria complete la siguiente información:

¿Acepta que los profesionales en salud del Consejo Nacional de Personas con Discapacidad accedan a su expediente de salud de la CCSS?	(SI)	(NO)			
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Firma o huella del usuario</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Fecha</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Hora</td> </tr> </table>	Firma o huella del usuario	Fecha	Hora	_____	_____
Firma o huella del usuario	Fecha	Hora			
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Firma o huella del representante legal (si procede)</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Fecha</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Hora</td> </tr> </table>	Firma o huella del representante legal (si procede)	Fecha	Hora	_____	_____
Firma o huella del representante legal (si procede)	Fecha	Hora			
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Firma del profesional que informa</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Fecha</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Hora</td> </tr> </table>	Firma del profesional que informa	Fecha	Hora	_____	_____
Firma del profesional que informa	Fecha	Hora			

Firmas de los testigos: nosotros los abajo firmantes, damos fe de que la persona usuaria:

- Ha impreso su huella digital en nuestra presencia, en señal de aceptación para que los profesionales en salud debidamente autorizados del Consejo Nacional de Personas con Discapacidad puedan consultar su expediente de salud de la CCSS.

Nombre del testigo 1	Firma o huella Identificación	Fecha
Nombre del testigo 2	Firma o huella Identificación	Fecha

Revocatoria: en caso de revocatoria del consentimiento (completar solo en caso necesario o bien, dejar en blanco)

He cambiado de opinión y ya no deseo autorizar el acceso a mi expediente de salud.

Nombre del usuario o del representante (si procede)	Firma o huella Identificación	Fecha
---	-------------------------------	-------