**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PERMITIR EL ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA (ajustar según las necesidades específicas del proyecto de investigación)**

Los alumnos [\*], con DNI [\*], respectivamente, pertenecientes al Grado/Máster [\*] del Centro Superior de Estudios Universitarios La Salle van a realizar, bajo la supervisión del profesor [\*], con DNI [\*], un proyecto de investigación sobre …………………………………………………

Específicamente, el objetivo de dicho proyecto será [\*]. La actuación consistirá en [\*].

Para la realización del proyecto de investigación, los alumnos y el profesor encargado de su supervisión necesitarán acceder y tratar datos de carácter personal relativos a pacientes de [\*](institución en la que se van a revisar historias clínicas). Específicamente se recabará la siguiente información de las pacientes:

* Datos identificativos:
	+ Nombre.
	+ Apellidos.
	+ [\*]
* Datos relativos al historial clínico de la paciente: (Debido a que los datos contenidos en el historial clínico constituyen datos de carácter sensible especialmente protegidos por la normativa en materia de protección de datos, será necesario justificar en el presente documento el acceso a todos los datos que se recaben.)
	+ [\*]

La participación es completamente voluntaria. Ningún dato se utilizará para otros fines que los descritos anteriormente.

La información obtenida será tratada de manera totalmente confidencial, siendo el Centro Superior de Estudios Universitarios La Salle, la entidad responsable encargada de garantizar la seguridad de los datos personales recabados, a través de la aplicación de todas aquellas medidas técnicas y organizativas que sean adecuadas, pertinentes y necesarias.

En cualquier momento puede dirigirse a nosotros para saber qué información tenemos sobre usted, rectificarla si fuese incorrecta y, en su caso, eliminarla una vez finalizada nuestra relación. También tiene derecho a solicitar el traspaso de su información a otra entidad (portabilidad). Para solicitar alguno de estos derechos, deberá realizar una solicitud escrita a nuestra dirección, junto con una fotocopia de su DNI: CENTRO DE ESTUDIOS UNIVERSITARIOS LA SALLE, CALLE LA SALLE, 10, CP 28023, MADRID (Madrid).

En caso de que entienda que sus derechos han sido desatendidos, puede formular una reclamación en la Agencia Española de Protección de Datos (www.aepd.es).

La actividad no persigue fines lucrativos ni comerciales.

Pedimos su autorización y colaboración para la realización de esta actividad.

Nombre:

Apellidos:

DNI:

Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_

Firma: