

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA NO PRESENCIAL CON ENTREGA DE MEDICACIÓN A DOMICILIO

D./D^a. _____ con documento Personal de Identificación número _____ (DNI/NIE/PASAPORTE), en pleno uso de mi capacidad física y jurídica, libre y voluntariamente, declaro que he sido informado:

- del procedimiento iniciado en el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda para la “atención farmacéutica no presencial y entrega de medicación a domicilio”, tras ser citado previamente.
- que dicho procedimiento se ha iniciado como consecuencia del Plan de Acción de la actividad asistencial puesto en marcha por la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid el pasado 11 de marzo de 2020, Plan de Acción que entre otras medidas, contempla la reorganización de los servicios sanitarios como consecuencia de la infección del nuevo coronavirus COVID-19 y que se mantendrá mientras continúe la autorización para este fin.
- Que en aplicación de este procedimiento acepto ser atendido por un farmacéutico del hospital, cuando este lo considere necesario, en consulta telefónica para ser informado y aclarar cualquier aspecto relacionado con la medicación que he de tomar y que una vez preparada, será entregada en mi domicilio al propio paciente o a una persona autorizada para la recepción.
- Me comprometo, en caso de duda, a contactar con el Servicio de Farmacia del Hospital (91 191 77 27 o 91 191 6721) a fin de que me resuelvan cualquier duda e indiquen los pasos a seguir sobre la medicación pautaada.

Acepto y doy mi consentimiento para que la dispensación de mi medicación y la atención farmacéutica se realicen fuera del hospital. Y para que así conste, firmo este consentimiento:

Fdo. Persona que recoge: _____

Fecha: A ____ de _____ de 2020