Los cirujanos que realizan operaciones de hemorroides sintomáticas recopilan información sobre la naturaleza de la operación y los resultados de la misma.

Las informaciones se introducen en el Registro de Anolift, el cual está almacenado en un servidor seguro ubicado en el Reino Unido. El Registro necesita recoger su fecha de nacimiento para permitir que la información de seguimiento se envíe en una fecha posterior y que los profesionales de la salud midan y evalúen los resultados quirúrgicos a largo plazo.

Su información se almacenará en un entorno seguro y solo estará disponible para el personal apropiado. El Registro cumple con las estrictas reglas de confidencialidad definidas por la Ley de Protección de Datos del Reino Unido de 2018, así como por el Reglamento General de Protección de Datos del Reino Unido (2018).

Los datos se pueden compartir con fines de investigación, pero solo después de que se hayan hecho anónimos (no debe ser posible identificar a las personas).

Necesitamos su permiso para retener información que pueda identificarlo/la (incluida la fecha de nacimiento, la fecha de la operación y su número de tarjeta sanitaria). Esta se utilizará para garantizar que los datos posteriores a la cirugía se puedan vincular correctamente. Las regulaciones recientes establecen que para incluir sus datos requerimos su permiso por escrito.

Esperamos que acepte que sus datos médicos se incluyan en este Registro. Marque las casillas correspondientes bajo estas líneas para mostrar si acepta o no la recopilación de su información personal, luego firme este formulario.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**He comprendido:**

**La declaración anterior y confirmo que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y he recibido respuestas satisfactorias.**

**Que mi participación es voluntaria y que soy libre de retirarme en cualquier momento sin dar razón alguna y sin que mi atención médica ni mis derechos legales se vean afectados.**

**Doy mi consentimiento para que mi especialista introduzca informaciones en el Registro de Anolift que pueda identificarme, con el fin de monitorear y mejorar la atención al paciente. Sí [ ] No [ ]**

**Doy mi consentimiento para facilitar mi dirección de correo electrónico con el fin de recibir mensajes preguntándome cómo está funcionando mi tratamiento. Sí [ ] No [ ]**

**Mi correo electrónico es** ………………………………………………………………………..

Firma del paciente ......................................................... Fecha.................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A completar por la Persona que da el consentimiento: Confirmo que he sido informado sobre la recopilación de información personal y su almacenamiento en el Registro de Anolift

Firma del médico ……………………………………………………. Fecha…………………