

RED DE ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO, DE ENFERMERÍA Y BIENESTAR SOCIAL DE TOYOTA Y MIYOSHI 「TOYOTA MIYOSHI KEA NETTO」 EXPLICACIÓN · TÉRMINO DE CONSENTIMIENTO

Nuestra organización, 「TOYOTA MIYOSHI KEA NETTO」 tiene la finalidad de apoyarle para que usted pueda continuar viviendo cómodamente en la región donde ya se ha acostumbrado, con los soportes de atención médica, atención de enfermería y bienestar social.

Al utilizar hospital, centro de salud, clínica dental, farmacia, institución de atención médica a domicilio, institución de servicios de cuidado de enfermería, centro regional de apoyo integral, sistema de contacto por correo electrónico para asuntos administrativos, etc., si estas instituciones tienen acceso a su información personal (intercambio de información multiprofesional) al estar conectados a la red, podrán brindarle mejor atención y apoyo. **Después de haber comprendido la explicación de ésta, pedimos que firme si está de acuerdo, el término de consentimiento** de la siguiente página.

1 Finalidad de la Red

Esta red tiene la finalidad de colaboración entre las diferentes instituciones para dar un mejor soporte a los usuarios conectando a los proveedores de servicios médicos, de enfermería y asistencia social anteriormente mencionados, a través de una red con estricta protección de la privacidad.

2 Administración de las Informaciones Privadas

Opera según las “Normas para la Seguridad de los Sistemas de Información de Instituciones Médicas” establecidas por el Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar Social protegiendo de esta forma las informaciones privadas contenidas en esta red. **Además, en el momento que desee que su información deje de compartirse, puede cancelar su consentimiento.**

3 Informaciones Privadas compartidas

- Informaciones básicas como nombre, dirección, fecha de nacimiento, sexo, teléfono, composición familiar.
- Necesidades de cuidado, servicios usados, enfermedad, condición física, medicación.
- Cuidados en el hogar, solicitudes y puntos a tener en cuenta como soporte en la vida diaria.
- Situación de alimentación, excreción, higiene, quehaceres domésticos.

Además de otras informaciones que sean necesarias para el Soporte de “Toyota Miyoshi Kea Netto”

4 Instituciones que comparten información privadas

Solamente las instituciones que conforman su Equipo de Apoyo que utilizan las instalaciones de la Red de Atención “TOYOTA MIYOSHI KEA NETTO” (hospitales, clínicas, clínicas dentales, farmacias, estaciones de enfermería, instituciones de servicios de enfermería, Centros de Apoyo Integral Regional, administraciones, etc.) y sistemas de contacto por correo electrónicos para asuntos administrativos, podrán compartir su información personal.

5 Otros

Usted es libre de decidir que sus informaciones privadas sean o no compartidas en esta Red. Después de recibir la explicación, la finalidad y su significado, participan sólo aquellos que están convencidos de que está garantizada su

privacidad. Si no proporciona o cancela en algún momento su información personal no habrá ninguna desventaja en cuanto a los servicios de atención médica, enfermería, etc. en el futuro.

"Toyota Miyoshi Kea Netto" teniendo información de muchas instituciones pueden trabajar en conjunto, y por más que sean diferentes especialistas que lo atiendan, podrán brindarle un mejor servicio y apoyo.

Yo, después de comprender la finalidad y contenido de la explicación, doy mi consentimiento a la RED DE ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO, DE ENFERMERÍA Y BIENESTAR SOCIAL GENERAL DE TOYOTA Y MIYOSHI 「TOYOTA MIYOSHI KEA NETTO」 a compartir mis informaciones privadas. 私は、豊田市みよし市在宅医療・介護・福祉総合ネットワーク「豊田みよしケアネット」の主旨や内容を理解したうえで、個人情報を提供することに同意します			
令和 Reiwa	Año 年	Mes 月	Día 日
Firma 本人ご署名			
_____ ※ En caso que la propia persona tenga dificultad de consentir, escriba abajo: ご本人が同意困難な場合は下記をご記入ください。			
(Nombre de la persona) (ご本人名)			
_____ (Firma del familiar) (ご家族等の署名)			

En la parte de abajo, llenará el (la) encargado(a)

説明者の所属・氏名

説明者 所属 _____ 氏名 _____

かかりつけ医への確認

確認した医療機関・かかりつけ医 _____

※El encargado debe entregar una copia de la explicación y el término de consentimiento a la persona indicada. 説明者は、本説明書及び同意書を1部コピーしてご本人にお渡しください。

※同意書原本は、事務局まで提出してください。

【INFORMACIÓN お問い合わせ先】

En Toyota 〒471-8501 Toyota-shi Nishimachi 3-60

Oficina Encargada Departamento de Bienestar Social de Toyota, División de Planificación Regional de Atención Integral

(Toyota-shi, Fukushi-bu, Chiiki Hokatsu Kea Kikaku-ka) Tel (0565-34-6787)

En Miyoshi 〒470-0295 Miyoshi-shi, Miyoshi-cho, Kosaka 50

Oficina Encargada Departamento de Bienestar Social de Miyoshi, División de Cuidado de Longevidad

(Miyoshi-shi Fukushi-bu, Chouju Kaigo-ka) Tel (0561-32-8009)