

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
PROGRAMA DE CONTROL DE PESO.**

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre:Apellidos.....,

2.- INFORMACIÓN GENERAL.

Se me ha propuesto participar del programa para control de peso utilizando para ello, una pesa de marca AZURIANFIT, que permite a través de una aplicación móvil recopilar en tiempo real datos del peso corporal, índice de masa corporal junto con el porcentaje de músculo, grasa y agua. Esta información se captura automáticamente desde la pesa inteligente que tendré disponible, con la que puedo hacer mediciones diarias. Tanto yo como mi médico tratante pueden acceder al instante a la información y yo podré visualizarla desde la aplicación en mi celular y mi médico tratante desde una página web privada. También se me garantiza que mis datos personales se encontraran resguardados en un entorno seguro, con acceso privado y me aseguran que mis datos personales sólo serán utilizados para el propósito que fueron solicitados, que no se compartirá ni revelará la información obtenida salvo que sea expresamente autorizado por mí, por lo que no serán compartidos, cedidos, publicados, o vendidos, resguardando de esta manera mi privacidad, de acuerdo a la LEY19.628.

3. DECLARO

Acepto participar en este programa y enrolarme con mi médico tratante, acepto además, entregar mis datos de número de RUT o Pasaporte, nombres, apellidos, e-mail, fecha de nacimiento, género, así como autorizo que bajen la aplicación a mi celular.

Declaro que me han explicado con detalle el alcance de este programa y que no tengo ninguna duda al respecto.

4. CONSIENTO

En Los Andesde..... del 201.....

RUN..... Firma Paciente.....

REPRESENTANTE LEGAL.

Nombre: Apellidos.....,

RUN. Firma Representante legal.....

IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO (NOMBRE Y 2 APELLIDOS O TIMBRE)

.....

RUN. Firma médico.....