

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PREVIO A CUALQUIER ACTUACION
SANITARIA DEL CENTRO ANTE LA POSIBLE EXPOSICION ACCIDENTAL A
AGENTES BIOLÓGICOS.**

Dº /Dª.:

Con DNI:

Centro Universitario:

Como alumno de la Universidad de Sevilla, DECLARO que desde el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la Universidad de Sevilla, me han facilitado una documentación que contiene información sobre las precauciones universales, procedimientos generales de control y la obligatoriedad de notificar los pinchazos, cortes, etc.

Asimismo, de acuerdo con las instrucciones recibidas en este Centro procedentes del Servicio Andaluz de Salud, tengo que ponerme en contacto con mi médico de familia en Atención Primaria para que proceda a actualizar mi calendario vacunal y completar cuantas pruebas considere oportunas para prevenir cualquier riesgo transmisible

De igual forma he leído y comprendido el contenido de dicha información, habiendo tenido la oportunidad de realizar todas las preguntas, observaciones, riesgos y consideraciones sobre el trabajo con agentes biológicos.

Por todo ello manifiesto estar plenamente conforme con la información recibida.

AUTORIZO Y CONSIENTO CON LOS CRITERIOS DE CONFIDENCIALIDAD.

Sevilla, a de de 202

Fdo.: _____.

La Universidad de Sevilla es responsable del tratamiento, “Prácticas Clínicas en la Facultad de Odontología” que tiene como objetivo “La finalidad asistencial, docente e investigadora de la clínica odontológica de la US. Gestión clínica de pacientes”.

El tratamiento es necesario para la ejecución de un contrato en el que el interesado es parte, para fines de archivo en interés público, de investigación científica o histórica o estadísticos y se legitima, asimismo con el consentimiento explícito e informado.

Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir sus datos personales, así como a otros derechos que puede consultar, junto a una información adicional más detallada, en el enlace:

<https://osi.us.es/sites/osi/files/doc/c.i.odontologia.pdf>