

**DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL SERVICIO DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO  
CON SISTEMAS PERSONALIZADOS DE DOSIFICACIÓN (SPD)**

**Farmacéutico titular:** Joy  
**Dirección:** joy@example.com  
**Nombre y Apellidos:** New York  
**D.N.I:** 478946  
**Nº tarjeta sanitaria:** 123456  
**IBAN (Opcional):** 987654321

Declaro que:

- Deseo participar en el programa de sistemas personalizados de dosificación de la farmacia (SPD) y que el servicio se inicia a petición mía y se llevará a cabo en tanto permanezca este acuerdo.
- He leído y entendido toda la información de la Guía de seguimiento farmacoterapéutico con sistemas de SPD que se me ha proporcionado en la hoja de información del servicio o, en su defecto, las explicaciones recibidas a tal fin.
- Entiendo que dicho programa consiste en el acondicionamiento de la medicación en un sistema de dosificación personalizada
- Por eso, autorizo al Farmacéutico Titular a que me proporcione el servicio de seguimiento farmacoterapéutico y que me prepare la medicación en un sistema personalizado de dosificación (SPD).
- Para el buen funcionamiento del servicio, quedan autorizados a registrar los datos necesarios personales, clínicos y farmacoterapéuticos, de los que no se hará ningún otro uso sin mi consentimiento explícito
- Dejo en depósito a la farmacia mi medicación previamente dispensada, que quedará convenientemente almacenada, custodiada y conservada por el farmacéutico, con el fin de recibir el servicio mencionado
- Presentaré a la farmacia y/o a los responsables de la gestión del servicio, con suficiente antelación, la prescripción médica que avale un cambio en la medicación o avisaré de cualquier otra circunstancia que pueda modificar las condiciones iniciales de mi tratamiento/li>
- Sé que me puedo dar de baja libremente de la prestación de este servicio (SPD) en cualquier momento, sin que ello repercuta en mi atención farmacéutica, médica y sanitaria
- Autorizo al farmacéutico a compartir con el médico que me trata la información sobre la medicación que tomo
- Mediante la firma del presente documento, el usuario consiente expresamente que sus datos personales de carácter identificativo y aquellas adquisiciones de productos a crédito y, en su caso, al contado efectuadas por el usuario en esta oficina de farmacia puedan ser tratados con la finalidad de emitir factura
- De conformidad con el Reglamento (UE) General de Protección de Datos (679/2016) y la Ley Orgánica de Protección de Datos y Garantía de Derechos Digitales (3/2018) se identifica como a responsable del tratamiento al Farmacéutico Titular. La finalidad del mismo será prestar los servicios solicitados y enviar comunicaciones comerciales. La legitimación del tratamiento consiste en la ejecución de un contrato y el interés legítimo del responsable. Están previstas cesiones de datos a: Administración Tributaria, Entidades financieras. Tiene derecho a acceder, rectificar, oponerse, portar, limitar y suprimir los datos que puede ejercer dirigiéndose a \_\_\_\_\_ o al domicilio social. Procedencia: El propio interesado. Puede consultar información adicional sobre protección de datos en \_\_\_\_\_.

**Fdo.: D/Dª**

**Fdo.: Representante (opcional)**

**Fdo.: Farmacéutico titular**

*Miguel Lopez*

*Miguel Lopez*

*Miguel Lopez*