



Gerencia

Dirección de  
Recursos Humanos

C/ Piqueras, 98  
26006- Logroño. La Rioja  
Teléfono: 941 298 399  
Fax: 941 298 740

Servicio de Prevención de  
Riesgos Laborales

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO TRAS ACCIDENTE BIOLÓGICO**

Habiendo sido informado de que durante la actuación sanitaria que se me ha realizado con fecha ....., ha resultado accidentado un trabajador y ante la posibilidad de que pueda producirse un contagio, doy mi consentimiento para que me realicen las determinaciones analíticas sanguíneas de Hepatitis B, Hepatitis C y VIH, con objeto de completar el protocolo establecido por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Servicio Riojano de Salud para accidentes de trabajo con riesgo biológico.

El resultado de dichas determinaciones analíticas sanguíneas se tratará con la máxima confidencialidad, se le informará y recibirá toda la atención y consejo que tras su valoración pudiera necesitar.

Esta investigación no supone responsabilidad alguna para usted.

Fdo.:

Fdo.: SPRL

D./Dña.: .....

DNI: .....

Nota: En caso de menores de edad o de hallarse incapacitado el paciente en esa fecha, anotar el grado de parentesco del firmante con el paciente.

Grado de parentesco: .....

Fecha:.....