

## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El/la Paciente D/D<sup>a</sup> .....natural de .....  
con domicilio en .....  
con edad de ..... años, DNI nº ....., y abajo firmante, ha sido  
INFORMADO/A DETALLADAMENTE SOBRE Las características del “**programa de  
rehabilitación**” de la **Asociación para la Rehabilitación Permanente de  
Enfermedades Reumáticas y otras patologías crónicas (ARPER)**.

Ha sido informado/a de que el citado programa de rehabilitación, consiste en tareas de evaluación realizadas por los profesionales del equipo multidisciplinar (psicólogo/a, fisioterapeuta, nutricionista y educador/a físico-deportivo) y actividades como las siguientes: movilidad articular y control postural; actividad física de tipo aeróbico y tonificación; control de la alimentación y la hidratación; aprendizaje de habilidades psicológicas para el manejo del dolor, la autorregulación emocional, el manejo de las alteraciones del sueño, y la gestión del tiempo. Junto con la evaluación inicial del paciente, se realiza una evaluación continua, con periodicidad diaria y trimestral, para informar sobre la evolución de la enfermedad al médico (especialista y/o de familia) del paciente.

Ha sido informado/a de que su participación en este programa de rehabilitación requiere el conocimiento y aprobación por parte de su médico (especialista y/o de familia) y se compromete a obtener dicha aprobación antes del inicio del programa. Asimismo, se compromete a informar a su médico de familia y a solicitar de éste **la realización de un electrocardiograma y auscultación médica, con el fin de descartar si hay contraindicación para el ejercicio físico.**

Se compromete a tener continuidad en las actividades de este programa y a la realización de las pruebas de evaluación, autorizando a la asociación ARPER a hacer uso de esta información tanto para la elaboración de informes para su médico (especialista y/o de familia) como para fines de investigación. Asimismo, autoriza a su médico de familia y de especialidad médica a comunicar por cualquier vía los datos de salud obrantes en su Historia Clínica a los profesionales de la Asociación para la Rehabilitación Permanente de Enfermedades Reumáticas y otras patologías crónicas (ARPER) con la finalidad de la colaboración en la prestación de los servicios de los que es beneficiario en el “programa de rehabilitación permanente”.

Ha sido informado/a sobre los riesgos poco probables de la participación en el citado programa de rehabilitación, y que son los siguientes: lesiones propias de un deportista que realiza un programa de entrenamiento de forma continuada.

Le informamos que sus datos personales serán tratados conforme a lo establecido en el Reglamento General de Protección de Datos, (Reglamento UE 2016/679), en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y Garantía de Derechos Digitales y en la Ley 41/2002, de



Autonomía del Paciente. En todo momento tendrá derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, solicitar la portabilidad de los mismos, oponerse al tratamiento y solicitar la limitación de éste, comunicándolo por correo electrónico, a A.R.P.E.R. fgimeno@cop.es.

En....., a .....de .....del año 20 .....

**Técnico responsable**

**El/la paciente**