

# DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA A PRESENTAR DURANTE EL 2º CURSO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE CIUDAD REAL

(Documentación necesaria para poder acceder al Programa de Prácticas Asistenciales Extracurriculares y a la docencia práctica en el HGUCR a partir de 3º curso).

## INFORMACIÓN IMPORTANTE

- Todos los alumnos de 2º curso y superiores de la Facultad de Medicina de Ciudad Real deberán presentar la documentación aquí especificada.
- Esta documentación **es IMPRESCINDIBLE ENVIARLA A LA SECRETARIA ACADÉMICA DE LA FACULTAD EN LA FECHA Y FORMA ABAJO INDICADAS.**
- **Aquellos alumnos que NO PRESENTEN** la información en el plazo y forma adecuados **no podrán acceder a ningún programa práctico-clínico que se realice en el HGUCR** (docencia práctica-clínica, programa de prácticas externas hospitalarias, etc.), con todas las implicaciones que ello pueda conllevar.

## ¿QUIÉN DEBE ENTREGAR ESTA DOCUMENTACIÓN?

- TODOS LOS ALUMNOS QUE ACCEDAN AL 2º CURSO en la Facultad de Medicina de Ciudad Real y aquellos alumnos que se encuentren en 3º curso o superiores y que no hayan entregado previamente dicha documentación.

## PLAZOS DE ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN

- Se deberá presentar la documentación con fecha límite del **ÚLTIMO DÍA HÁBIL DEL MES DE ENERO** del curso académico correspondiente.

Tras dicha fecha se revisará toda la información recibida y se abrirá un nuevo plazo para la subsanación de posibles faltas y/o errores.

La información correspondiente a dicha subsanación de errores se comunicará individualmente a cada alumno implicado a través de su correo electrónico personal de la UCLM.

Los alumnos que deban modificar/aportar más documentación tendrán un plazo máximo para su presentación hasta el **último día hábil del mes de abril** del curso académico correspondiente.

## DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

Toda la información que se solicita continuación deberá ser enviada por correo electrónico a [secretaria.medicina.cr@uclm.es](mailto:secretaria.medicina.cr@uclm.es) con el asunto “DOCUMENTACIÓN PRÁCTICAS CLÍNICAS\_Nombre y apellidos del alumno”.

### 1. CONSENTIMIENTO PARA EL ENVÍO DE INFORMACIÓN POR VÍA TELEMÁTICA (ANEXO 5\_Consentimiento comunicación telemática)

\*Todos los anexos que se deben presentar se encuentran en la **web de la facultad de medicina – sección Secretaría Académica – documentación.**

- El documento lo podéis descargar en el enlace “ANEXO 5\_Consentimiento comunicación telemática”.
- ✓ Se debe leer el documento, rellenar y ser firmado por el alumno.



Logo: Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, UCLM, ESCAM

**CONSENTIMIENTO PARA EL ENVÍO DE INFORMACIÓN DE CARÁCTER PERSONAL A TERCEROS POR VÍA ELECTRÓNICA CONVENCIONAL NO CIFRADA**

Para poder acceder al Programa de Prácticas Asistenciales Estomatológicas y a la docencia práctica en el H3CUCR a partir de 3º curso, todos los alumnos de 2º de Medicina deben entregar la documentación que consta en la instrucción correspondiente reflejada en el documento: "Documentación Obligatoria a presentar durante el 2º curso de la Facultad de Medicina de Ciudad Real".

Dadas las circunstancias excepcionales sobrevinidas por la crisis del SARS-CoV-2 dicha documentación deberá ser enviada por los alumnos a la Secretaría Académica por la vía electrónica especificada en dicha instrucción. Promoviendo dicha documentación recibida, será remitida al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la GAI de Ciudad Real y GAI de Valdepeñas para su valoración y custodia.

**Aceptación del consentimiento:**

D/Dª \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_

DECLARO: que he sido informado suficientemente y con antelación del procedimiento que se me solicita CONSENTIMIENTO PARA EL ENVÍO DE INFORMACIÓN DE CARÁCTER PERSONAL A TERCEROS POR VÍA ELECTRÓNICA CONVENCIONAL NO CIFRADA.

Expreso MI CONSENTIMIENTO a dicho procedimiento.

MI ACEPTACIÓN es VOLUNTARIA.

Firma del alumno \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Rechazo del consentimiento:**

D/Dª \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_

DECLARO: que he sido informado suficientemente y con antelación del procedimiento que se me solicita CONSENTIMIENTO PARA EL ENVÍO DE INFORMACIÓN DE CARÁCTER PERSONAL A TERCEROS POR VÍA ELECTRÓNICA CONVENCIONAL NO CIFRADA.

Expreso MI RECHAZO a dicho procedimiento.

MI RECHAZO es VOLUNTARIO.

Firma del alumno \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

En caso de rechazar dicho consentimiento el alumno deberá ponerse en contacto inmediatamente con la Secretaría Académica.

### 2. CERTIFICACIÓN NEGATIVA DEL REGISTRO CENTRAL DE DELINCUENTES SEXUALES

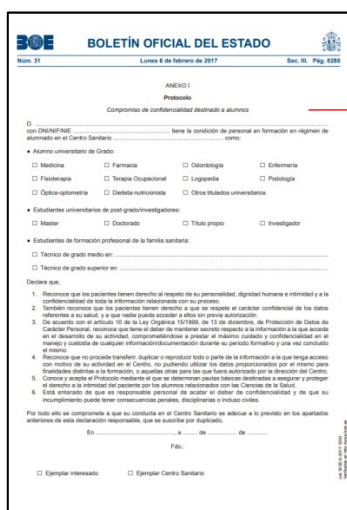
\*Para poder solicitar esta certificación es necesario disponer previamente de Firma Electrónica. La información para obtener dicha firma se puede encontrar en: <https://firmaelectronica.gob.es/>

- El documento acreditativo de “Certificado de Delitos de Naturaleza Sexual “se solicita a través del siguiente enlace: <http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/es/ciudadanos/tramites-gestiones-personales/certificado-delitos>
- Este documento se deberá presentar en la Secretaría Académica a través de dos vías diferentes:

1. El alumno deberá subirlo a la página web: <https://practicasyempleo.uclm.es> en la opción de “Anexar el fichero con la certificación negativa de delitos sexuales”.
2. El alumno enviará una copia de dicho documento al correo electrónico de la Secretaría Académica

### 3. DOCUMENTO DE CONFIDENCIALIDAD (ANEXO 1\_ Compromiso de confidencialidad destinado a alumnos)

- El documento lo podéis descargar en el enlace “Anexo 1\_ Compromiso de confidencialidad”
- *Se debe* leer dicho documento y únicamente se debe rellenar, firmar y enviar la página 12 de dicho documento:




### 4. HISTORIA MÉDICO-LABORAL

\*Para poder presentar la documentación necesaria, el alumno deberá leer previamente el documento “Información vacunas” y proceder a realizar la vacunación/pruebas que en él se especifican.

Una vez realizadas las vacunas/pruebas necesarias, el alumno deberá entregar varios documentos:

4.1. ANEXO 2: *Consentimiento informado de acceso a la historia clínica*

4.2. ANEXO 3: *Historia médico-laboral*

4.3. *Calendario de vacunaciones y otros documentos acreditativos del historial médico-laboral.*

#### 4.1. ANEXO 2 Consentimiento informado

- El documento lo podéis descargar en el enlace “ANEXO 2\_ *Consentimiento informado de acceso a la historia clínica*”.
- Este documento se debe rellenar y ser firmado por el alumno.



Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.  
GAI de Ciudad Real y GAI de Valdepeñas

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ACCESO HISTORIA CLÍNICA (Anexo 2)**

Don/Doña \_\_\_\_\_  
con DNI nº \_\_\_\_\_ estudiante de Medicina en la Facultad de Medicina de la Universidad de Castilla La Mancha, campus de Ciudad Real

Doy mi consentimiento, para que el Área Sanitaria del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la GAI de Ciudad Real y Valdepeñas tengan acceso a mi Historia Clínica a fin de dar mejor cumplimiento a lo establecido en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, Ley 31/95 de 8 de noviembre, para preservar mi seguridad y salud durante el tiempo que esté realizando prácticas en la GAI de Ciudad Real.

El acceso de los sanitarios a dicha información se realizará de acuerdo con el contenido de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales


Firma del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Según lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales lo informamos de la existencia de un fichero de datos personales sobre su persona y la posibilidad de ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.

#### 4.2. **ANEXO 3 Historia médico-laboral**

- El documento se puede descargar en el enlace *“ANEXO 3\_Historia médico-laboral”*.
- Se debe imprimir este documento, rellenar (con ayuda del médico/a de cabecera) y ser firmado por el alumno.

Para rellenar correctamente este documento es necesario contactar con vuestro/a médico/a de cabecera. Lo puede rellenar él mismo o proporcionaros la información necesaria para poder rellenarlo correctamente. El documento debe ser firmado por el alumno.



Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.  
GAI de Ciudad Real y GAI de Valdepeñas

**HISTORIA MÉDICO-LABORAL**

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Núm. pas: \_\_\_\_\_ NÚM. AFILIACIÓN S. SOCIAL: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
Teléfono: Eje: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
Fecha nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Race: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_ Núm. hijos: \_\_\_\_  
C. de Salud: \_\_\_\_\_ Médico cabecera: \_\_\_\_\_

**HISTORIA LABORAL**

Profesión: \_\_\_\_\_  
TRABAJOS ANTERIORES  SI  NO  Especifique donde: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES FAMILIARES**


Padre	_____
Madre	_____
Hermanos	_____
Hijos	_____
Cónyuge	_____
Abuelos	_____

Enfermedades a investigar: diabetes, asma, epilepsia, alcoholismo, otras enfermedades, asma, Síndrome de Tourette y Tíbur, etc., epilepsia, psicopatías, FIC, enfermedades hereditarias, hipertensión, migrañas, etc., enfermedades, Alcoholismo, SIDA, etc.

**ANTECEDENTES PERSONALES**

Enfermedades propias de la infancia:  
Rubéola  Sarampión  Faringitis  Varicela  Otras  Especifique: \_\_\_\_\_  
Trasfusiones:  SI  NO  Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1 de 2



Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.  
GAI de Ciudad Real y GAI de Valdepeñas

NOMBRE: \_\_\_\_\_ APELLIDOS: \_\_\_\_\_

Antecedentes médicos:  SI  NO

Antecedentes quirúrgicos:  SI  NO

Alérgico:  SI  NO

Trasfusiones Médicas (especificar sólo las de las enfermedades crónicas)  SI  NO

**DECLARACIÓN INFORMADA**

Declino que no padecio, ni he padecido, ninguna enfermedad no declarada anteriormente, por lo que asumo las responsabilidades derivadas de la emisión de algún dato incorrecto.

Fecha y Firma \_\_\_\_\_

2 de 2

#### 4.3. **Calendario de vacunaciones y otros documentos acreditativos de las pruebas/vacunas solicitadas.**

- Junto con la documentación anterior, se debe entregar una fotocopia del calendario de vacunaciones del alumno que acredite la información proporcionada en el ANEXO 3. Con especial atención a la **triple vírica** (rubéola, sarampión y parotiditis), **varicela** y a la **inmunización frente a difteria-tétanos y hepatitis B** (vacunación universal en sanitarios)
- También es necesario presentar toda la documentación complementaria que acredite las pruebas o vacunaciones realizadas de acuerdo con lo indicado en el documento “*Información vacunas*”.

**\*Nota:** Dos de las pruebas que se solicitan en el documento “Información vacunas” son de carácter voluntario. Desde el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del HGUCR y la Facultad de Medicina de Ciudad Real recomendamos realizar dichas pruebas.

En caso de realizarse, el alumno deberá rellenar y firmar el documento “**ANEXO 4 consentimiento informado VIH y VHC**”

#### RECORDAMOS

Toda la información descrita deberá ser enviada por correo electrónico a [secretaria.medicina.cr@uclm.es](mailto:secretaria.medicina.cr@uclm.es) con el asunto “DOCUMENTACIÓN PRÁCTICAS CLÍNICAS\_Nombre y apellidos del alumno”

**\*Nota:** En el caso de acercarse la fecha límite marcada para el envío de esta documentación (último día hábil del mes de enero) y al alumno le falte por recibir alguno de los resultados de las pruebas que ha tenido que realizar, el alumno deberá enviar toda la documentación que tenga antes de la fecha límite marcada y especificará en dicho correo electrónico las pruebas que quedan pendientes de enviar y la fecha estimada en que serán enviadas a la Secretaría Académica.

Cualquier duda sobre la obtención o entrega de toda esta documentación podéis enviar un correo electrónico a [secretaria.medicina.cr@uclm.es](mailto:secretaria.medicina.cr@uclm.es)

**\*DEVOLUCION DE HISTORIAL MÉDICO-LABORAL AL ALUMNO:** Toda la información relativa al historial clínico y de vacunas del alumno quedará custodiada en el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la GAI de Ciudad Real y Valdepeñas.

Esta información quedará archivada en dicho departamento mientras el alumno se encuentre cursando el Grado de Medicina en la Facultad de Medicina de Ciudad Real y se guardará hasta que el alumno realice la prueba MIR y se le adjudique un hospital de referencia para realizar su Residencia.

Una vez adjudicado el hospital de referencia para realizar la residencia, si éste no es el HGUCR, el alumno deberá personarse en el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la GAI de Ciudad Real y Valdepeñas para recoger su historial médico-laboral y poder así llevarlo y entregarlo a su nuevo hospital de referencia.