

Fecha:

Nº de Historia

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DOCUMENTACIÓN GRÁFICA Y PUBLICACIONES

D./Dña.

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

DNI

MÉDICO RESPONSABLE

HOSPITAL/SERVICIO

LEA CUIDADOSAMENTE LA INFORMACIÓN Y SU MÉDICO/ENFERMERA LE RESPONDERÁ A TODAS SUS PREGUNTAS. SI ACEPTA EL TRATAMIENTO DE SUS DATOS PERSONALES DE ACUERDO CON LO INFORMADO, FIRME EL CONSENTIMIENTO DE LA ÚLTIMA PÁGINA

La inclusión de imágenes dentro de la documentación clínica del paciente, es hoy un procedimiento habitual. Se obtienen con el fin de tener recogido el caso clínico completo y poder valorar los resultados obtenidos.

Si debido al interés científico de la patología, se utilizan las imágenes en investigación y docencia médica o se publican en revistas de divulgación científica, se guardará siempre el adecuado anonimato (empleo de iniciales para el nombre, difuminación de los ojos en las imágenes faciales u otros procedimientos que impidan la identificación). Estas publicaciones siempre tendrán un objetivo exclusivamente científico y destinado a círculos profesionales sanitarios. Nunca se utilizarán con fines de publicidad comercial.

Yo, el/la abajo firmante, consiento en interés del tratamiento médico, educación y conocimiento científico y general, que durante mi consulta y/o ingreso en este Departamento

1. Permito que me graben, bien por vídeo, foto o audio durante la consulta médica, en una entrevista, en sesiones de exploración física o en sesiones de tratamiento.
2. Permito la presencia del personal necesario, técnicos de TV, fotógrafos, junto con el equipo técnico, con la finalidad de llevar a cabo las referidas grabaciones.
3. Consiento la utilización de las grabaciones, imágenes, fotografías o cualquier otra captación de mi imagen y / o voz que se pudiera desarrollar con finalidades docentes y educativas dirigidas a la formación de médicos, enfermeras, estudiantes de ciencias de la salud y cualquier otro personal sanitario, así su uso con finalidades divulgativas, mediante su publicación, con las cautelas anteriormente referidas, en publicaciones de carácter científico.
4. Entiendo que en cualquier momento puedo revocar este consentimiento sin que por ello se vea afectada la atención clínica que se me presta.

EL HOSPITAL

con NIF

Le informa que los datos personales cuyo tratamiento autoriza y consiente mediante la firma del presente documento serán tratados con la finalidad de desarrollar las finalidades docentes y divulgativas descritas en el presente documento. La base para el tratamiento de sus datos personales se encuentra en su consentimiento, que Vd. otorga mediante la firma del presente documento.

Sus datos podrán ser comunicados a publicaciones de divulgación científica para alcanzar las finalidades de tratamiento divulgativas descritas en el presente documento, siendo igualmente su consentimiento la base legitimadora de dicha comunicación de datos.

Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad dirigiéndose a su hospital de referencia. Si Vd., es paciente, podrá ejercitar sus derechos en el Servicio de Atención al Paciente. Igualmente, podrá presentar una reclamación ante la Autoridad de Control en www.agpd.es

En cualquier momento, puede contactar con nosotros en:

Mediante la firma del presente documento, Vd. consiente el tratamiento de sus datos de carácter personal de acuerdo con lo informado. En cualquier momento, podrá revocar su consentimiento, sin que ello afecte al tratamiento de datos efectuado con carácter previo a dicha revocación.

- ✓ He recibido información clara y sencilla, oral y por escrito, acerca del procedimiento y el/la médico que me atiende me ha explicado el proceso de forma satisfactoria.
- ✓ Me ha informado de los riesgos posibles y remotos, así como los riesgos en relación con mis circunstancias personales y de otras alternativas posibles, así como de los posibles riesgos de su no realización.
- ✓ He recibido respuesta a todas mis preguntas. He comprendido todo lo anteriormente expuesto y que la decisión que tomo es libre y voluntaria, así como que puedo retirar el consentimiento cuando lo desee.

