

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA OBTENCIÓN Y UTILIZACIÓN DE LOS ASPECTOS GRÁFICOS DE SU PROCESO

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

Este documento informativo pretende explicar y solicitar su autorización, de forma sencilla, para la **OBTENCIÓN Y UTILIZACIÓN DE LOS ASPECTOS GRÁFICOS DE SU PROCESO**.

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Muchas enfermedades que nos afectan, pueden precisar, con fines docentes (para que aprendan otros médicos o estudiantes), o con fines de difusión científica (para que lo conozca la comunidad científica internacional), que se obtengan fotografías o vídeos del interior de su organismo; imágenes de sus tejidos (mediante cualquier procedimiento microscópico o macroscópico), figuras de diferentes técnicas de visualización de su anatomía (como un TC o una Resonancia Nuclear Magnética); representaciones del procedimiento terapéutico al que está siendo sometido; ilustraciones de su apariencia física antes y después del mencionado procedimiento (como, por ejemplo, una intervención quirúrgica); o aspectos gráficos de una complicación sobrevenida.

En caso de NO EFECTUAR esta intervención

En caso de NO AUTORIZARSE la obtención y/o utilización de estos datos, su negativa no tendrá ninguna consecuencia en el tratamiento médico que Vd. reciba, por parte del equipo de facultativos que le atiende.

BENEFICIOS ESPERABLES

Dichas imágenes pueden ayudar al progreso de la medicina en general y a la discusión de aspectos relativos a su enfermedad, en particular, para que otros pacientes, o Vd. mismo, puedan beneficiarse de los avances que puedan conseguirse mediante la utilización de estos datos.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA OBTENCIÓN Y UTILIZACIÓN DE LOS ASPECTOS GRÁFICOS DE SU PROCESO

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

La narración oral, o la descripción escrita de sus lesiones rara vez es tan explícita como una representación gráfica, por lo que no puede considerarse un procedimiento alternativo eficaz.

CONDICIONES ESPECÍFICAS DE LAS IMÁGENES

En la medida de lo posible, se trata de imágenes que solo estarán identificadas por iniciales (muchas veces ficticias) y en las que se ha intentado preservar la identidad del paciente utilizando parches de color o pixelaciones sobre el rostro, para hacer que el sujeto no pueda ser reconocible.

En otros casos, este anonimato no es posible pues se trata de enfermedades o procedimientos que afectan al rostro y que deben de ser mostradas en su contexto, lo que hace muy difícil el enmascaramiento absoluto de su identidad. Por ello, existe la posibilidad de que su identificación sea posible a través de algunas de las imágenes. En cualquier caso, bajo ningún pretexto, su nombre o el de cualquier miembro de su familia, así como otros datos de filiación ajenos a su enfermedad, serán facilitados, verbalmente o por escrito, a otra persona, entidad o institución.

DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que he sido informado, por el médico, de los aspectos más importantes de la obtención y utilización de las imágenes de mi caso, en las condiciones antes expuestas. Estoy satisfecho de la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído convenientes y me han sido aclaradas todas las dudas planteadas.

Soy consciente de que la iconografía relativa a mi proceso puede ser publicada en revistas o libros científicos incluyendo, tanto formatos impresos, como electrónicos, tales como páginas web.

Por todo ello, doy mi consentimiento para la obtención y utilización de las imágenes de mi caso, tal y como se ha expuesto en este documento.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA OBTENCIÓN Y UTILIZACIÓN DE LOS ASPECTOS GRÁFICOS DE SU PROCESO

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

Asimismo, autorizo la cesión del llamado copyright sobre las imágenes obtenidas en las condiciones antes determinadas, al Dr./a. _____ a otras instituciones, empresas u organismos si ello fuera necesario para la publicación, de los datos mencionados, en revistas, libros, o publicaciones electrónicas del ámbito de la medicina.

Entiendo mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, conociendo que, si lo hago, ello no tendrá ningún efecto o consecuencia, por mi parte, sobre las publicaciones anteriores a mi revocación.

En _____, a ____ de _____ de 20__

Fdo.: _____

El paciente

Fdo.: _____

El facultativo

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA OBTENCIÓN Y UTILIZACIÓN DE LOS ASPECTOS GRÁFICOS DE SU PROCESO

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: Nº historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: Nº Colegiado:

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D./D.ª, con D.N.I.
y en calidad de, es consciente de que el paciente
cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este momento, por lo que
asume la responsabilidad de la decisión, en los mismos términos que haría el propio paciente.

En _____, a ____ de _____ de 20__

Fdo.: _____

El representante legal

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Por la presente, ANULO cualquier autorización plasmada en el presente documento, que queda
sin efecto a partir del momento de la firma.

Me han sido explicadas las repercusiones que, sobre la evolución de mi proceso, esta anulación
pudiera derivar y, en consecuencia, las entiendo y asumo.

En _____, a ____ de _____ de 20__

Fdo.: _____

El paciente/representante legal

