

# 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: .....

Centro: .....

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 nacional o 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

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.

## 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.

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

## 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 preserva 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 mostrarse 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.

## RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES

---

## OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

---

## DECLARACIONES Y FIRMAS

---

Declaro que he sido informado, por el equipo médico, de los aspectos más importantes de la intervención quirúrgica que se me va a realizar, de su normal evolución, de las posibles complicaciones y riesgos de esta, de sus contraindicaciones, de las consecuencias que se derivarían en el caso de que no me sometiera a la mencionada intervención y de las alternativas a esta técnica quirúrgica.

Estoy satisfecho de la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas las dudas planteadas.

Declaro, además, no haber ocultado información esencial sobre mi caso, mis hábitos o régimen de vida, que pudieran ser relevantes para el equipo que me atiende.

Sé, por otra parte, que me intervendrá quien, dentro de las circunstancias del equipo médico, en el día de la intervención, sea más adecuado/a para mi caso.

Acepto que, durante la intervención, el equipo médico pueda tomar las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso.

---

Nombre y apellidos: .....

Firma: .....

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

Comprendo que, a pesar de las numerosas y esmeradas medidas de higiene del equipo asistencial que me atiende, el acto quirúrgico y la estancia en el hospital son un factor de las llamadas infecciones hospitalarias, que son excepcionales, pero posibles.

En el caso de que, durante la intervención, el equipo médico descubra aspectos de mi enfermedad, o de otras enfermedades que pudiera padecer, que le exijan o le aconsejen modificar de forma relevante el procedimiento terapéutico inicialmente proyectado, consultará la decisión a tomar con la persona autorizada por mí a este respecto. Únicamente cuando las eventualidades acaecidas durante la intervención pongan en riesgo mi vida, autorizo al equipo quirúrgico para que adopte la decisión más conveniente para mi salud.

Entiendo que es posible que el equipo asistencial finalice la intervención sin haber completado los objetivos inicialmente planteados, al enfrentarse a circunstancias no previstas que pudieran requerir mi consentimiento expreso para ser resueltas.

Entiendo que, en este documento, se me informa de los riesgos y complicaciones más frecuentes y relevantes de la intervención quirúrgica. No obstante, si yo lo precisara, el equipo médico podría facilitarme información complementaria sobre todos los riesgos y complicaciones posibles de este procedimiento quirúrgico. En resumen, considero que la información ofrecida por el equipo asistencial y la contenida en el presente documento resultan suficientes y adecuadas para comprender todos los aspectos de la intervención a la que voy a ser sometido y asumir sus riesgos y posibles complicaciones.

Tras todo ello, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER SOMETIDO A ESTA INTERVENCIÓN, entendiéndolo, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_  
El/La paciente

Fdo.: \_\_\_\_\_  
Médico/a

Nombre y apellidos: .....

Firma: .....

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

### TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D./D.<sup>a</sup> ....., 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/La 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/La paciente o representante legal

Nombre y apellidos: .....

Firma: .....