

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA RECOGIDA Y UTILIZACIÓN DE DATOS CLÍNICOS SOBRE EL PROCESO DE...

Nombre y apellidos:.....

Edad: D.N.I.: Nº historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: Nº Colegiado:

Centro:

Con frecuencia, el personal médico recoge imágenes, vídeos o registros de sonido de las diferentes enfermedades que atiende.

Estos datos pueden ser obtenidos en el curso de diversas exploraciones, o de intervenciones quirúrgicas que realiza.

Durante este proceso de recogida de datos, además del personal facultativo y auxiliar que realiza el acto concreto, pueden estar presentes en la sala, otros profesionales, con el objetivo de aprender la técnica diagnóstica o terapéutica empleada.

Además, en la sala, puede estar presente también el personal necesario para la grabación y transmisión de las imágenes o sonidos, así como técnicos que deban facilitar el manejo de algún aparato necesario para la exploración o el tratamiento concretos.

Los datos de imagen o de sonido recogidos pueden ser utilizados en sesiones clínicas, conferencias, congresos, publicaciones científicas o ser retransmitidos en directo o en diferido a un aula de docencia, con fines de aprendizaje o investigación.

En la utilización de estos datos, en todo momento, se respeta la intimidad del/de la paciente y su anonimato, no figurando ningún detalle que pudiera identificar al mismo.

Por otra parte, los datos personales quedarán registrados en el fichero de pacientes del Hospital, que está debidamente declarado ante la Agencia Española de Protección de Datos, pudiendo ejercitar, ante el servicio de atención al paciente, los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.

Por otra parte, el acceso a los datos de carácter personal se realizará con las garantías establecidas en la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos personales y en su reglamento de desarrollo, Real Decreto 1720/2007.

Tras todo ello, declaro haber comprendido estos hechos y autorizo a los médicos que me atienden para tomar y archivar imágenes fotográficas, películas de vídeo y/o registros de sonido, en relación con el proceso al que me voy a someter.

Estos registros se guardarán, incluso si el procedimiento previsto no se lleva a cabo, pudiendo ser destruidos, o archivados y utilizados para la documentación de mi caso clínico.

En su utilización para la investigación, divulgación y docencia, las imágenes, vídeos o registros de sonido deben ser adecuadamente tratados para preservar razonablemente mi identidad.

En estas condiciones, autorizo su uso, como material didáctico en revistas, libros, clases, congresos, conferencias, reuniones científicas, etc. u otros medios destinados al personal sanitario o en formación, incluido internet.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA RECOGIDA Y UTILIZACIÓN DE DATOS CLÍNICOS SOBRE EL PROCESO DE...

Asimismo, autorizo su uso para educación de pacientes: entiendo que estas imágenes pueden ser mostradas a otros pacientes, para ayudarles a comprender el procedimiento y sus consecuencias.

Con respecto a todo ello, se me han facilitado todas las explicaciones necesarias y resuelto todas las dudas planteadas.

Conozco que, en cualquier momento, y sin necesidad de ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

En _____, a ____ de _____ de 20____

Fdo.: _____
El/La paciente

Fdo.: _____
Médico/a

Nombre y apellidos:

Firma:

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA RECOGIDA Y UTILIZACIÓN DE DATOS CLÍNICOS SOBRE EL PROCESO DE...

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/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: