

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FOTOGRAFÍAS MÉDICAS

Dr. Francisco Zuñiga German

Nombre del Paciente: Fecha:

Marque si el paciente es menor de edad o es incapaz de proporcionar su consentimiento.

Al firmar lo siguiente, confirmo que se me ha explicado este consentimiento en términos que yo entiendo.

- ✓ Consiento que estas fotografías sean utilizadas en publicaciones médicas electrónicas e impresas, incluyendo: revistas, libros de texto y publicaciones electrónicas. Acepto además, que las fotografías sean utilizadas para propósitos de enseñanza.
- ✓ Entiendo que mi imagen puede ser vista por miembros del público general, además de científicos e investigadores médicos que usan regularmente estas publicaciones para su educación profesional. A pesar de que estas fotografías serán utilizadas sin incluir información personal como mi nombre, es posible que alguien pueda reconocerme.
- ✓ Entiendo que no recibiré reembolso por las fotografías que proporcione.
- ✓ La negación de consentimiento a la toma de fotografías no afectará de ninguna manera la atención médica que se me proporcionará.
- ✓ Entiendo que una vez firmado este consentimiento, no puede ser retirado.

Yo otorgo mi consentimiento para la toma de fotografías de mi persona, mi familiar, o persona por la cual soy responsable:

.....
Firma del Paciente o Responsable

.....
Testigo

Nombre:
RUT:

Nombre:
RUT:

NO acepto que mi imagen sea utilizada para cualquier de los fines antes descritos:

.....
Firma del Paciente o Responsable

.....
Testigo

Nombre:
RUT:

Nombre:
RUT:

Firma paciente: (Consentimiento informado)

Para **pacientes entre 7 y 18 años de edad**, la siguiente firma indica que la información me ha sido explicada y estoy de acuerdo que mis imágenes sean utilizadas como se menciona con anterioridad:

.....
Firma del Paciente o Responsable

.....
Testigo

Nombre:
RUT:

Nombre:
RUT:

Consentimiento elaborado según las bases de la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética

Versión 2012 - www.esteticaycosmetica.cl