DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

REALIZACIÓN DE FOTOGRAFÍAS Y/O GRABACIÓN DE VÍDEOS

PACIENTE

D/Dª_____DNI_____

CENTRO DE ATENCIÓN_____POBLACIÓN_____

REPRESENTANTE LEGAL

D/Dª_____DNI_____
En calidad de_____

He sido informado/a sobre la conveniencia de realizar fotografías de las lesiones que presento, con el fin de que puedan ser utilizadas para:

- Seguimiento evolutivo de mi problema de salud
- Fines docentes y/o de investigación.
- Publicación en literatura de interés científico.
- Publicaciones en redes sociales como en otros medios de comunicación, únicamente con fines divulgativos, educativos y/o científicos, excluyendo cualquier fin comercial.
- Difusión en actividades formativas y científicas

Las imágenes **no servirán en ningún caso para identificarme**, ya que se excluirá el rostro o cualquier otro elemento que pueda quebrantar mi derecho a la intimidad y al secreto profesional.

DECLARO que **D/Dª**_____,_____,_____
(Nombre y apellidos) (Categoría profesional) (N° colegiado/a)

me ha informado amplia y satisfactoriamente, he comprendido la información recibida, y he podido formular todas las preguntas que he solicitado o he creído oportunas, aclarando todas las dudas.

DOY MI CONSENTIMIENTO, libre y voluntariamente, para la toma de imágenes y/o grabación de vídeos sobre el cual he sido informado/a.

Entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento, sin necesidad de justificar mi decisión y sin que ello repercuta en la calidad de la atención recibida

En _____, a ____ de _____ de 20

Firma del profesional sanitario que informa Firma del paciente Firma de el/la representante legal
D./ Dª …… D./Dª…… D./Dª……..
Colegiado n°……..

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

D/Dª_____,con DNI_____

Si procede, su representante legal: D/Dª_____

DNI_____, en calidad de_____

REVOCO el consentimiento prestado en fecha_____. No deseo proseguir el procedimiento, que doy por finalizado con esta fecha.

En _____, a ____ de _____ de 20

Firma del profesional sanitario que informa D./ Dª ..... Colegiado nº.....

Firma del paciente D./Dª.....

Firma de el/la representante legal D./Dª.....

seher Sociedad Española de Heridas