

CONSENTIMIENTO PARA LA TOMA DE IMÁGENES Y AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE IMÁGENES, DATOS CLÍNICOS Y/O PRUEBAS COMPLEMENTARIAS CON FINES DOCENTES

De acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, también denominada LOPDGDD, donde se regula el Derecho a la Intimidad del Paciente, doy mi consentimiento para que se publiquen (señale sólo aquello para lo que presta su consentimiento):

- datos clínicos
- fotografías*
- pruebas complementarias

en relación con la atención y tratamiento recibidos en el hospital/consultas externas/consultas de atención primaria, por el proceso valorado con fecha ---/---/--- a ---/---/---
**(El término "fotografía" incluye video o fotografía fija, en formato digital o de otro tipo, y cualquier otro medio de registro o reproducción de imágenes).*

Por la presente, Don/Doña _____, con DNI _____, padre/madre/responsable o tutor legal del paciente -----al firmar lo siguiente, confirmo que se me ha explicado este consentimiento en términos que yo entiendo.

Consiento que estas fotografías/datos clínicos/pruebas complementarias sean utilizadas en publicaciones médicas electrónicas e impresas, incluyendo: revistas, libros de texto y publicaciones electrónicas, dirigidas a profesionales del ámbito sanitario y/o para divulgación científica. Acepto, además, que las fotografías/datos clínicos/pruebas complementarias sean utilizadas para fines docentes, didácticos o educativos.

Entiendo que las fotografías/datos clínicos/pruebas complementarias puede ser vista por miembros del público general, además de por los profesionales que usan regularmente estas publicaciones, con fines docentes, didácticos o educativos. A pesar de que estas fotografías serán utilizadas sin incluir información personal como el nombre, es posible que alguien pueda reconocer al paciente.

Entiendo que no recibiré reembolso por las fotografías/ datos clínicos/ pruebas complementarias que proporcione.

La negación de mi consentimiento para todos o alguno de los datos, pruebas o imágenes no afectará de ninguna manera la atención médica que se me proporcionará.

Entiendo que, si decido rescindir esta autorización, sus imágenes no se emplearán

en usos posteriores, pero no podrá pedir que se retiren las fotografías/datos clínicos/pruebas complementarias ya utilizadas.

He recibido una copia de esta autorización.

Yo otorgo mi consentimiento tras haber leído y comprendido los puntos antes expuestos:

Firma del paciente	Firma padre, madre o del representante legal	Firma del Investigador
Nombre y apellidos:	Nombre y apellidos:	Nombre y apellidos:
DNI:	DNI:	DNI:
Fecha:	Fecha:	Fecha:

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Firma del paciente	Firma padre, madre o del representante legal	Firma del Investigador
Nombre y apellidos:	Nombre y apellidos:	Nombre y apellidos:
DNI:	DNI:	DNI:
Fecha:	Fecha:	Fecha:

* Complimentar dos copias de este documento: (1) para el paciente, sus padres o tutores; y (2) para el/los autores. De este segundo ejemplar debe remitirse una copia a secretaria@fundacionbyotic.org al enviar el poster/comunicación.