

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FOTOGRAFÍAS E IMÁGENES CLÍNICAS PARA DOCENCIA

Estimado Sr. (Sra.), Este hospital es un hospital docente, donde se forman estudiantes de medicina, médicos especialistas y otros profesionales y técnicos de la salud.

Durante esta formación es muy necesario contar con imágenes que pueden facilitar el aprendizaje. Por esto queremos solicitarle su autorización para obtener fotografías o filmaciones con relación a la atención médica que usted recibirá. Si usted nos autoriza es importante que usted sepa lo siguiente:

- 1) Usted no será identificado de ninguna forma, no aparecerá su nombre, su RUN, ni ningún dato que pueda servir para identificarlo.
- 2) En caso de salir su cara cubriremos parte de ella a fin de que no pueda ser reconocido por terceras personas, salvo que lo que interese mostrar esté en su rostro. Sin embargo garantizamos el uso respetuoso y confidencial de las imágenes.
- 3) Estas imágenes serán usadas solo con fines docentes, clases, reuniones clínicas o congresos médicos.
- 4) Por ningún motivo serán usados en medios de comunicación, como periódicos revistas televisión, entre otros.
- 5) Este material quedará en poder del profesional.....
.....quien será responsable de su resguardo y uso.
- 6) Usted es absolutamente libre de aceptar o rechazar esta solicitud. También puede reconsiderar su decisión en cualquier momento y negarse a ser fotografiado o filmado, sin que ello afecte la calidad de la atención que recibirá. Si ya se han obtenido imágenes suyas puede pedir que sean eliminadas y que no se usen.

Declaro haber entendido todo lo anterior y que se me aclaró cualquier duda. Por lo que libremente y sin ningún tipo de presión

ACEPTO: -----

NO ACEPTO: -----

Nombre del paciente

Nombre de quien toma el consentimiento

RUT

RUT

Firma

Firma

Fecha

Fecha