



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DOCUMENTACIÓN GRÁFICA Y PUBLICACIONES

Para satisfacción de los DERECHOS DEL PACIENTE, como instrumento favorecedor del correcto uso de los Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos, y en cumplimiento de la Ley General de Sanidad en relación con la Ley Orgánica 1/1982.

Yo, D/Doña.
como paciente o (D/Doña como su representante),
.....en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, DECLARO que
he sido debidamente INFORMADO/A, por el Dr.
y en consecuencia, AUTORIZO a..... para que me sea realizado
el procedimiento diagnóstico/terapéutico denominado

Me doy por enterado/a de los siguientes puntos relativos a dicho procedimiento:
La inclusión de imágenes dentro de la documentación clínica del paciente es hoy un procedimiento habitual. Suelen realizarse fotografías antes y después de la cirugía, así como durante la misma, con el fin de tener recogido el caso clínico completo y poder valorar los resultados obtenidos.

Además, y en algunos casos, debido al interés científico que puede tener cierta patología, suelen publicarse en determinados medios imágenes o datos de algunos pacientes, individualmente o en el contexto de un estudio de un grupo, guardando siempre el adecuado anonimato (empleo de iniciales para el nombre, difuminación de los ojos en las imágenes faciales u otros procedimientos que impidan la identificación). Estas publicaciones siempre tendrán un objetivo exclusivamente científico y destinada a círculos profesionales sanitarios. Nunca se utilizarán con fines de publicidad comercial.

Riesgos específicos en mi caso y otras complicaciones de mínima relevancia estadística

Recibida la anterior información, considero que he comprendido la naturaleza y propósitos del procedimiento

Además en entrevista personal con el Dr
he sido informado/a, en términos que he comprendido, del alcance de dicho tratamiento. En la entrevista he tenido la oportunidad de proponer y resolver mis posibles dudas, y de obtener cuanta información complementaria he creído necesaria. Por ello, me considero en condiciones de sopesar debidamente tanto sus posibles riesgos como la utilidad y beneficios que de él puedo obtener.

Estoy satisfecho/a con la información que se me ha proporcionado y, por ello, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me practique

Este consentimiento puede ser revocado por mí sin necesidad de justificación alguna, en cualquier momento antes de realizar el procedimiento.

Observaciones.....

Y, para que así conste, firmo el presente original **después de leído**, por duplicado, cuya copia se me proporciona.

Enade.....de

Firma del paciente
(o su representante legal en caso de incapacidad).
D.N.I.

Firma del médico
Nº de colegiado

En caso de negativa por parte del paciente a firmar el consentimiento
Firma del testigo (D.N.I.)