

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
 N° de colegiado

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