DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA:

FOTOGRAFIA DERMATOLÓGICA

1. Por este documento solicitamos su autorización para Fotografiar o filmar sus lesiones o el procedimiento que le vamos a realizar y para que nos permita usar imágenes e información de su Historia Clínica con fines docentes, para la educación profesional o para su difusión en ámbitos científicos. Su anonimato será respetado.
2. Para la difusión de las imágenes de su enfermedad, las fotografías o los videos se someten a manipulaciones que enmascaran los rasgos por los que pudiera ser reconocido. A pesar de ello, es imposible garantizar de forma absoluta que esto sea suficiente y las personas más allegadas a usted le podrían reconocer.
3. La firma o denegación de la autorización para fotografiarle o filmarle, no influye en ningún aspecto en el tratamiento o en las técnicas que se le van a aplicar, aunque sí es más fácil para los doctores, evaluar la evolución de las enfermedades o replantearse los tratamientos sí disponen de imágenes de las lesiones iniciales.
4. El archivo de las imágenes obtenidas será tratado con la misma discreción que el resto de su Historia Clínica, será custodiado por profesionales sanitarios sujetos a secreto profesional, garantizando el derecho a la confidencialidad.

**DECLARO**

Que autorizo a obtener imágenes de mi enfermedad, y sé que a pesar del enmascaramiento pudiera ser reconocido en ellas. Autorizo que estas imágenes, puedan ser difundidas con fines didácticos y científicos y reproducidas en publicaciones científicas salvaguardando mi anonimato.

En Madrid, a .......................de ........................................................................... de ..................................

Fdo.: El / la Médico que solicita la autorización Fdo.: El paciente Fdo.: El Representante Legal,

Nombre y apellidos y nº col.: familiar o allegado

**REVOCACIÓN**

Don/Doña ................................................................................................................de ................... años de edad.

con domicilio en ..................................................................................................................... y D.N.I. nº ............................

Don/Doña ...................................................................................................................de .................. años de edad

con domicilio en .................................................................................................................... y D.N.I. nº...............................

en calidad de .................................................................de .......................................................................................

*(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)*

REVOCO el consentimiento prestado en fecha .................................., y no autorizo la obtención y el uso de imágenes de mi tratamiento o lesiones dermatológicas.

En Madrid, a ......................... de ........................................................................ de .................................

Fdo.: El / la Médico que solicita la autorización Fdo.: El paciente Fdo.: El Representante Legal,

Nombre y apellidos y nº col.: familiar o allegado

Conforme al Reglamento (UE) 2016 / 679 (RGPD) le informamos que los datos personales y de salud facilitados serán responsabilidad la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV), con la finalidad de gestionar la relación contractual con nuestros clientes y asociados a la atención y gestión sanitaria, investigación, docencia y seguimiento asistencial, todo ello bajo la legitimación otorgada por su consentimiento expreso o bien del propio interesado y/o con motivo de la ejecución de un contrato de servicios. No se cederán datos a terceros salvo obligaciones legales. En cuanto a sus derechos podrá acceder, rectificar y suprimir los datos, limitarlos o incluso oponerse a su tratamiento. Más información sobre protección de datos en: <https://aedv.es/politica-de-privacidad/>