Doctor/a: [Nombre del Médico], [Nombre del Centro Sanitario]

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 si 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.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Paciente** |  |
| Don/Doña.: [Nombre del paciente] | de 00 años de edad, |
| Con domicilio en: [Domicilio del paciente] | y DNI: 00000000A |
|  |  |
| **Representante legal del paciente** |  |
| Don/Doña.: [Nombre del representante legal] | de 00 años de edad, |
| Con domicilio en: [Domicilio del representante legal] | y DNI: 00000000A |
| En calidad de [Calidad del representante legal] | de [Nombre del paciente] |

|  |  |
| --- | --- |
| En [Lugar], | a 01-01-2000 |
| Fdo: El/la Médico  [Nombre del Médico] | Fdo: El/la Paciente  [Nombre del paciente] |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | Fdo: El representante legal, familiar o allegado  [Nombre del representante legal] |

REVOCACIÓN

|  |  |
| --- | --- |
| Don/Doña [Nombre del paciente], | de 00, años de edad |
| con domicilio en [Domicilio del paciente], | y D.N.I. 00000000A |
| Don/Doña [Nombre del representante legal], | de 00, años de edad |
| con domicilio en [Domicilio del representante legal] | y D.N.I.: 00000000A |

[Nombre del representante legal], en calidad de [Calidad del representante legal] de [Nombre del paciente], **REVOCO** el consentimiento prestado en fecha 01-01-2000 y no autorizo la obtención y el uso de imágenes de mi tratamiento o lesiones dermatológicas.

|  |  |
| --- | --- |
| En [Lugar], | a 01-01-2000 |
| Fdo: El/la Médico  [Nombre del Médico] | Fdo: El/la Paciente  [Nombre del paciente] |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | Fdo: El representante legal, familiar o allegado  [Nombre del representante legal] |

En cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD 15/99) se informa que sus datos identificativos y de salud serán objeto de tratamiento e incorporados a los ficheros de datos sanitarios cuya titularidad corresponde a [Titular del Fichero Sanitario].

Los datos únicamente serán utilizados con fines asociados a la atención y gestión sanitaria, investigación, docencia y seguimiento asistencial.

Las imágenes quedarán recogidas en un archivo, custodiado por profesionales sanitarios sujetos a secreto profesional, garantizando al paciente su derecho a la confidencialidad.