

CONSENTIMIENTO PARA LA TOMA DE IMÁGENES Y AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE IMÁGENES, DATOS CLÍNICOS Y/O PRUEBAS COMPLEMENTARIAS CON FINES DOCENTES

De acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, también denominada LOPDGDD, donde se regula el Derecho a la Intimidad del Paciente, doy mi consentimiento para que se publiquen (señale sólo aquello para lo que presta su consentimiento):

- ☐ datos clínicos
- ☐ fotografías *
- ☐ pruebas complementarias

en relación con la atención y tratamiento recibidos en el hospital / consultas externas / consultas de atención primaria, por el proceso valorado con fecha de ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____

** El término "fotografía" incluye video o fotografía fija, en formato digital o de otro tipo, y cualquier otro medio de registro o reproducción de imágenes.*

Por la presente, Don/Doña _____ ,
con DNI _____ , padre/madre/responsable o tutor legal del/la paciente
_____ al firmar lo siguiente,
confirmando que se me ha explicado este consentimiento en términos que yo entiendo.

☐ Consiento que estas fotografías/datos clínicos/pruebas complementarias sean utilizadas en publicaciones médicas electrónicas e impresas, incluyendo: revistas, libros de texto y publicaciones electrónicas, dirigidas a profesionales del ámbito sanitario y/o para divulgación científica. Acepto, además, que las fotografías/datos clínicos/pruebas complementarias sean utilizadas para fines docentes, didácticos o educativos.

☐ Entiendo que las fotografías/datos clínicos/pruebas complementarias pueden ser vistas por miembros del público general, además de por los profesionales que usan regularmente estas publicaciones, con fines docentes, didácticos o educativos. A pesar de que estas fotografías serán utilizadas sin incluir información personal como el nombre, es posible que alguien pueda reconocer al paciente.

☐ Entiendo que no recibiré reembolso por las fotografías/ datos clínicos/ pruebas complementarias que proporcione.

☐ La negación de mi consentimiento para todos o alguno de los datos, pruebas o imágenes no afectará de ninguna manera la atención médica que se me proporcionará.

☐ Entiendo que, si decido rescindir esta autorización, sus imágenes no se emplearán en usos posteriores, pero no podrá pedir que se retiren las fotografías/datos clínicos/pruebas complementarias ya utilizadas.

☐ He recibido una copia de esta autorización.

Otorgo mi consentimiento tras haber leído y comprendido los puntos antes expuestos:

Firma del paciente ≥ 12 años	Firma padre, madre o representante legal	Firma del Investigador
Nombre y apellidos:	Nombre y apellidos:	Nombre y apellidos:
DNI:	DNI:	DNI:
Fecha:	Fecha:	Fecha:

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Firma del paciente ≥ 12 años	Firma padre, madre o representante legal	Firma del Investigador
Nombre y apellidos:	Nombre y apellidos:	Nombre y apellidos:
DNI:	DNI:	DNI:
Fecha:	Fecha:	Fecha:

* Complimentar dos copias de este documento: (1) para el paciente, sus padres o tutores; y (2) para el/los autores. De este segundo ejemplar debe remitirse una copia a la secretaría de la AAPap y/o del comité evaluador del congreso de la AAPap, según proceda.