



Consentimiento informado para la filmación o fotografías de las cirugías y/o procedimientos y/o piezas anatómicas de los pacientes

Consentimiento informado para la filmación o fotografías de las cirugías y/o procedimientos y/o piezas anatómicas de los pacientes

Consentimiento informado para la filmación o fotografías de las cirugías y/o procedimientos y/o piezas anatómicas de los pacientes

Diagnóstico:.....

SR / SRA.....
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: de.....años de edad

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento:

SR. / SRA.....
(Nombre y dos Apellidos).

Rut: de..... años de edad

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna:.....

En calidad de:.....
(Representante legal o Familiar responsable)

DECLARO:

Que El/La: Doctor (a)

Me ha explicado que de acuerdo a la Ley N° 20.584 de los “Derechos y Deberes de los Pacientes”, la filmación o fotografías de los procedimientos, cirugías, piezas anatómicas y de los mismos pacientes, con fin: científico, académico, clínico e incluso a solicitud del paciente o su representante legal/tutor, sólo se podrá hacer con la autorización escrita del paciente o de su representante legal/tutor.

Estos documentos, tanto el consentimiento como el material gráfico (filmación o fotografías) pasarán a ser parte integrante de la ficha clínica de los pacientes y como tal quedan bajo la tuición y custodia de la Dirección de la Clínica y sólo podrán ser usados para los fines para los que fueron autorizados. Además he podido formular las preguntas que he creído conveniente, y me han aclarado todas las dudas planteadas.

Bajo estos conceptos consiento que las cirugías y/o procedimientos y/o piezas anatómicas de mi persona puedan ser filmados o fotografiados, y estoy al conocimiento que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO Que se filme o fotografíe las cirugías, procedimientos, y aspectos anatómicos de mi patología, para ser usados con fines: Científicos, clínicos, docencia u otro. Resguardando el respeto a mi identidad y confidencialidad de mis datos.

Fecha: ____ de _____ del año 20__

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

SR. /SRA:.....

(Nombre y dos apellidos del paciente)

RUT:.....de:.....años de edad.

Con domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna:.....

SR. /SRA:.....

(Nombre y dos apellidos del paciente)

RUT:.....de:.....años de edad.

Con domicilio en:.....

Ciudad:Comuna:.....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha _____, y **no deseo** que se me filme o fotografíe la cirugía ni procedimientos ni partes de mi cuerpo.

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....