

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA FILMACIÓN O FOTOGRAFÍAS DE LAS CIRUGÍAS Y/O PROCEDIMIENTOS Y/O PIEZAS ANATÓMICAS DE LOS PACIENTES

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre:Apellidos.....

2.- INFORMACIÓN GENERAL.

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.

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, se me ha explicado que puedo arrepentirme y anular este consentimiento, para lo cual deberé solicitar el documento de "Revocación o rechazo de Consentimiento Informado".

3. DECLARO

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

4. CONSIENTO

En Los Andesde..... del 201.....

RUN. Firma Paciente.....

REPRESENTANTE LEGAL.

Nombre: Apellidos.....,

RUN. Firma Representante legal.....

IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO (NOMBRE Y 2 APELLIDOS O TIMBRE)

.....

RUN. Firma Médico.....