

## CONSENTIMIENTO INFORMADO FOTOGRAFÍAS Y GRABACIÓN DE IMÁGENES

### 1. DESCRIPCIÓN Y OBJETIVOS DE LA REALIZACIÓN DE FOTOGRAFÍAS Y/O GRABACIÓN DE IMÁGENES

Durante la intervención de Tomas fotograficas y publicacion, que se practicará en el Servicio de Dermatología y/o durante las visitas sucesivas que le serán realizadas para valorar la evolución de la zona corporal afectada por la enfermedad, es posible que se hagan fotografías o se graben imágenes, con el objetivo de realizar un seguimiento del proceso asistencial y también con finalidades científicas o de formación.

Le garantizamos que su intimidad será estrictamente respetada, que no se le identificará en las fotografías y/o grabación de imágenes, y que las imágenes obtenidas de este procedimiento nunca irán acompañadas de datos o informaciones que puedan revelar su identidad a terceros.

### 2. ALTERNATIVAS RAZONABLES A LA REALIZACIÓN DE FOTOGRAFÍAS Y/O GRABACIÓN DE IMÁGENES

No realizar ninguna fotografía ni grabación de imágenes.

### 3. RIESGOS GENERALES Y/O ESPECÍFICOS

No hay ningún riesgo en la realización de fotografías o en el grabación de imágenes.

### 4. RIESGOS PERSONALIZADOS

Y en su caso concreto, los riesgos son: ninguno



### DECLARACIÓN DEL/DE LA PACIENTE

Don/Doña ..... **Jordi Picas** ..... DNI ..... con domicilio en ..... actuando en nombre e interés propio, o bien, actuando en representación de ..... **Roger Picas** ..... como: ..... **padre** ..... (padre, representante legal, familiar, íntimo), con DNI .....

### MANIFIESTO QUE,

- He recibido información clara y sencilla, oral y escrita, en relación a la obtención de fotografías y grabación de imágenes de la **intervención de** ..... que se practicará en el **Servicio de** ....., así como de la zona corporal afectada por la enfermedad, y que tienen por objetivo hacer un seguimiento de la evolución del tratamiento y que también pueden ser empleadas para finalidades científicas y de formación, resguardando mi identidad y con la disociación de mis datos personales.
- He entendido las explicaciones del equipo médico sobre la obtención de fotografías y la grabación de imágenes y porque se hace.
- Me han explicado los riesgos y los beneficios, teniendo en cuenta mis circunstancias personales.
- Me han explicado las alternativas y las consecuencias de no realizar las fotografías / grabación de imágenes.
- Puedo retirar este consentimiento en cualquier momento sin tener que dar explicaciones, comunicando esta decisión al equipo médico.
- Por lo que **autorizo** de manera libre y voluntaria que se me realicen las fotografías mencionadas y la grabación de imágenes en la forma y finalidades mencionadas, así como la presentación en congresos y publicaciones científicas, siempre que quede resguardada mi identidad, disociando las fotos y las imágenes de los datos personales, y a tal efecto otorgo las autorizaciones necesarias de acuerdo con las disposiciones de la LO 15/99, de Protección de Datos Personales, y demás normas reguladoras de la protección del derecho a la intimidad .

Barcelona, a ..... **07** ..... d ..... **Octubre** ..... de **2014** .....

Sr/Sra ..... **Jordi Picas** ..... Dr./Dra. .... **Eulalia Baselga** .....  
(Nombre, Apellidos, N° Colegiado)

Firmado

Firmado

Baseiga Ior  
Col·legiada: 08-207  
Dermatologia  
E.G.S.Hospital de la Santa Creu  
Tel.: 93 291 90 00

### REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en fecha ..... de ..... de 2 ..... y no deseo que se me realicen **FOTOGRAFÍAS Y/O GRABACIÓN DE IMÁGENES.**  
..... de ..... de 2 .....

Firmado: El/la Médico/a y N°. Colegiado

Firmado: El/la Paciente o quien lo represente