

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA USO DE IMÁGENES CLÍNICAS

REPOSITORIO INSTITUCIONAL “CASUS MERCEDES”



I. DATOS GENERALES

- Servicio: _____
- Título del Reporte de Caso Clínico: _____
- Fecha: _____

II. INFORMACIÓN AL PACIENTE

Se me ha informado que las imágenes obtenidas durante mi atención médica (fotografías clínicas, estudios diagnósticos u otros registros visuales) podrán ser utilizadas con fines exclusivamente académicos para la elaboración de un reporte de caso clínico en el marco de las actividades de docencia e investigación del Hospital Las Mercedes.

Asimismo, se me ha explicado que:

- Las imágenes serán utilizadas únicamente con fines formativos o de investigación clínica interna.
- Se adoptarán medidas para evitar mi identificación a partir de dichas imágenes.
- Las imágenes serán previamente anonimizadas cuando corresponda.
- El acceso a estas imágenes estará restringido a usuarios autorizados del Repositorio Institucional “CASUS MERCEDES”.
- Mi decisión de autorizar o no el uso de estas imágenes no afectará en ningún caso la atención médica que reciba.

III. AUTORIZACIÓN

Declaro haber recibido información clara y suficiente respecto al uso académico de mis imágenes clínicas y autorizo voluntariamente su utilización para la elaboración de un reporte de caso clínico con fines académicos internos.

IV. CONSENTIMIENTO

Autorizo el uso de mis imágenes clínicas con fines académicos.

No autorizo el uso de mis imágenes clínicas con fines académicos.

V. FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Nombre completo: _____

Documento de identidad: _____

Firma: _____

Fecha: _____

VI. FIRMA DE LOS PROFESIONALES RESPONSABLES

Nombre: _____

Cargo: _____

Firma: _____

Fecha: _____