

Apellidos: _____ Nombre del médico/a: _____

Nombre: _____ Servicio: Dermatología

Núm. HC.: _____

Como paciente, tiene derecho a ser informado sobre la toma de **IMÁGENES CLÍNICAS**

El propósito de este documento es informarle, para que pueda tomar la decisión, libre y voluntaria, de autorizar o rechazar la toma de imágenes clínicas. En este sentido, le comunicamos que darle información y solicitar su autorización, siempre que la urgencia lo permite, es una norma de obligado cumplimiento para el/la médico/a que le atiende, de conformidad con la legislación vigente. Esta información no libera de responsabilidad al médico.

El objetivo de la presente autorización es la recogida de imágenes como documentación clínica de su enfermedad de la piel.

DECLARO

1. El médico me ha explicado que tomará imágenes fotográficas/vídeos con el fin de documentar gráficamente mi problema dermatológico.
2. Se me asegura la confidencialidad de los datos gráficos obtenidos y el respeto a mi intimidad. En caso de ser compartidas con otros profesionales en el ámbito médico, las imágenes serán modificadas para ocultar mi identidad.
3. La aceptación o denegación de la autorización de la toma de imágenes no influirá en el tratamiento o las técnicas que se me aplicarán.
4. Estas imágenes serán archivadas dentro del ámbito hospitalario y serán tratadas con la misma confidencialidad que la historia clínica.
5. Las imágenes podrán ser empleadas con fines asistenciales.
6. Las imágenes podrán ser utilizadas con fines científicos.
7. Las imágenes podrán ser utilizadas con fines docentes.
8. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.
9. Estar satisfecho/a con la información que he recibido sobre la necesidad de que se me realice el tratamiento.
10. En cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

POR TANTO

Doy mi consentimiento a la práctica del tratamiento que se me propone.

Firma del/de la médico/a	Firma del/de la paciente	Firma del/de la representante legal o traductor/a jurado/a*
Dr./a. _____	Sr./a. _____	Sr./a. _____
N.Col. _____	DNI. _____	DNI. _____

Barcelona, a.....de.....de

He decidido, no autorizar la realización del procedimiento que me ha sido propuesto.

Firma del/de la médico/a	Firma del/de la paciente	Firma del representante legal o traductor/a jurado/a*
Dr./a. _____	Sr./a. _____	Sr./a. _____
N.Col. _____	DNI. _____	DNI. _____

Barcelona, a.....de.....de

* En caso de incapacidad del paciente y/o minoría de edad, especificando la causa de incapacidad: _____

Sus datos personales serán tratados por el Consorci Parc de Salut Mar de Barcelona, como responsable del tratamiento. Puede contactar con el Delegat de Protecció de Dades en la direcció protecciodades@parcdesalutmar.cat. Sus datos, incluida la toma de imatges, se tractaran con finalitat de prestar assistència sanitària, de identificar al pacient per garantir la seva seguretat i poder conèixer els resultats obtinguts, en base a la missió d'interès públic establerta en la Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Catalunya, y sus datos se conservarán de acuerdo con los términos establecidos en la Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concerniente a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica. Sus datos se compartirán con el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya en el marco del sistema de historia clínica compartida. Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad dirigiéndose al Servicio de Documentació Clínica. En caso de considerar vulnerados sus derechos puede presentar una reclamación a la Autoritat Catalana de Protecció de Dades (www.apdcat.cat).