

Cognoms: _____ **Nom del metge/ssa:** _____

Nom: _____ **Servei:** Dermatologia

Núm. HC.: _____

Com a pacient, té dret a ser informat sobre la presa d' **IMATGES CLÍNQUES**

El propòsit d'aquest document és proporcionar-li informació, per a què pugui prendre la decisió, lliure i voluntària, d'autoritzar o rebutjar la presa d'imatges clíniques. En aquest sentit, li comuniquem que donar-li informació i sol·licitar la seva autorització, sempre que la urgència ho permet, és una norma d'obligat compliment per el/la metge/ssa que l'atén, de conformitat amb la legislació vigent. Aquesta informació no allibera de responsabilitat al metge. L'objectiu de la present autorització és la recollida d'imatges clíniques com a documentació clínica de la seva malaltia de la pell.

DECLARO

1. El metge m'ha explicat que prendrà imatges fotogràfiques/vídeos amb la finalitat de documentar el meu problema dermatològic.
2. S'assegura la confidencialitat de les dades gràfiques obtingudes i el respecte a la meva intimitat. En cas de ser compartides amb altres professionals de l'àmbit mèdic, les imatges seran modificades per ocultar la meua identitat.
3. L'acceptació o denegació de l'autorització per a la presa d'imatges no influirà en el tractament o les tècniques que se m'aplicaran.
4. Aquestes imatges seran arxivades dins de l'àmbit hospitalari i seran tractades amb la mateixa confidencialitat que la història clínica.
5. Les imatges podran ser utilitzades amb finalitats assistencials.
6. Les imatges podran ser utilitzades amb finalitat científica.
7. Les imatges podran ser utilitzades amb finalitat docent.
8. He comprès les explicacions que se m'han facilitat en un llenguatge clar i senzill, i el facultatiu que m'ha atès m'ha permès realitzar totes les observacions i m'ha aclarit tots els dubtes que li he plantejat.
9. Estar satisfet/a amb la informació que he rebut sobre la necessitat de que se'm realitzi el procediment.
10. En qualsevol moment i sense necessitat de donar cap explicació, puc revocar el consentiment que ara dono.

PER TANT

Dono el meu consentiment a la pràctica del procediment que se'm proposa.

Signatura del/de la metge/essa	Signatura del/de la malalt/a	Signatura del/de la representant legal o traductor/a jurat/da*
Dr./a. _____	Sr./a. _____	Sr./a. _____
N.Col. _____	DNI. _____	DNI. _____

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

He decidit, no autoritzar la realització del procediment que m'ha estat proposat.

Signatura del/ de la metge/essa	Signatura del/de la malalt/a	Signatura del/de la representant legal o traductor/a jurat/da*
Dr./a. _____	Sr./a. _____	Sr./a. _____
N.Col. _____	DNI. _____	DNI. _____

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

* En el cas de incapacitat del malalt i/o minoria d'edat, especificant la causa de incapacitat: _____

Les seves dades personals seran tractades pel Consorci Parc de Salut Mar de Barcelona, com responsable del tractament. Pot contactar amb el Delegat de Protecció de Dades a l'adreça protecciondades@parcdesalutmar.cat. Les seves dades, inclosa la presa d'imatges, es tractaran amb la finalitat de prestar assistència sanitària i d'identificació del pacient als efectes de garantir la seva seguretat i poder conèixer els resultats obtinguts, en base a la missió d'interès públic establerta a la Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya, i les seves dades es conservaran d'acord als terminis establerts a la Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica. Les seves dades es compartiran amb el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya en el marc del sistema d'història clínica compartida. Pot exercir els seus drets d'accés, rectificació, supressió, oposició, limitació i portabilitat dirigint-se al Servei de Documentació Clínica. En cas que consideri vulnerats els seus drets pot presentar una reclamació davant l'Autoritat Catalana de Protecció de Dades (www.apdcat.cat).