

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FOTOGRAFÍAS EN CIENCIAS DE LA SALUD

Consiento que se me tomen fotografías a mí, o a mi hijo, (o persona que está legalmente a mi cargo).

Entiendo que la información podría ser usada en registros médicos para propósitos de enseñanza médica o para publicación en libros de texto sobre medicina o revistas científicas, como indico más adelante.

Consintiendo a estas imágenes fotográficas médicas entiendo que no recibiré retribución económica y que negarme a las mismas no me afectará de ninguna manera en el tratamiento médico que recibiré.

Si tengo alguna pregunta o deseo retirar mi consentimiento en el futuro puedo contactar a:

Completar con los datos del odontólogo a cargo

Consiento que las fotografías sean usadas en publicaciones médicas incluyendo revistas, libros de textos y publicaciones electrónicas y entiendo que la imagen puede ser vista por miembros de público general, además de científicos investigadores, los cuales utilizan regularmente dichas publicaciones en su formación profesional.

Si bien estas fotografías serán usadas sin identificar información sobre mí como mi nombre entiendo que es posible que alguien pueda reconocerme. Entiendo que una vez publicadas las imágenes, éstas no podrán ser retiradas o canceladas.

Mediante la firma de este consentimiento confirmo que todo me ha sido explicado de manera comprensible.

Firma:.....

Nombre y apellido:.....

DNI:.....

Pacientes entre 7 y 18 años:

Asentimiento

La información de este consentimiento me ha sido explicada y **asiento** que se utilicen mis imágenes como se detalla más arriba.

Firma:.....

Nombre y apellido:.....

DNI:.....