

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FOTOGRAFIAR LESIONES

D/D^a, con DNI

En su caso, su representante legal:

D/D^a, con DNI

En calidad de, con domicilio

DECLARO:

Que el Dr/la Dra del Centro/ Servicio Sanitario..... me ha explicado la conveniencia de realizar fotos de las lesiones que presento, para que:

- Sean facilitadas en sobre cerrado al juzgado correspondiente, acompañando al parte al juzgado de guardia para la comunicación de asistencia sanitaria por lesiones y sirvan de prueba en las actuaciones legales pertinentes.
- Puedan ser utilizadas con fines de investigación médica o docente dentro del ámbito sanitario, siempre preservando mi intimidad sin que en ningún caso se revele mi identidad.

Salvo consentimiento expreso, dichas fotos no podrán ser utilizadas para otros fines.

He comprendido las explicaciones que me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el personal facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puede revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, **OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE FOTOGRAFÍAS DE LAS LESIONES QUE PRESENTO CON LA FINALIDAD DE:**

- Ser facilitadas en sobre cerrado al Juzgado correspondiente SÍ NO
- Puedan ser utilizadas con fines de investigación médica o docente dentro del ámbito sanitario SÍ NO

En a de de

.....
Fdo. D/D^a

.....
Firma del Personal
Facultativo responsable

.....
Fdo. Representante legal

EN CASO DE REVOCACIÓN:

D/D^a, con DNI con domicilio

En su caso, su representante legal:

D/D^a, con DNI

En calidad de, con domicilio

Revoco el consentimiento prestado en fecha / /

Lo que firmo, En a de de

.....
Fdo. D/D^a

.....
Firma del Personal
Facultativo responsable

.....
Fdo. Representante legal

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan referido a la persona lesionada y personal facultativo, van a ser incorporados para su tratamiento al fichero Historias Clínicas Centros de Salud/Historias Clínicas Centros Hospitalarios, dependiendo de donde se dispense la atención sanitaria. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tiene como finalidad prestar atención a los usuarios de los servicios sanitarios facilitando la continuidad asistencial. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Dirección General de Asistencia Sanitaria, Avda. de Constitución, 18. 41071 - SEVILLA

Ejemplar para el JUZGADO DE GUARDIA



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FOTOGRAFIAR LESIONES

D/D^a, con DNI

En su caso, su representante legal:

D/D^a, con DNI

En calidad de, con domicilio

DECLARO:

Que el Dr/la Dra del Centro/ Servicio Sanitario..... me ha explicado la conveniencia de realizar fotos de las lesiones que presento, para que:

- Sean facilitadas en sobre cerrado al juzgado correspondiente, acompañando al parte al juzgado de guardia para la comunicación de asistencia sanitaria por lesiones y sirvan de prueba en las actuaciones legales pertinentes.
- Puedan ser utilizadas con fines de investigación médica o docente dentro del ámbito sanitario, siempre preservando mi intimidad sin que en ningún caso se revele mi identidad.

Salvo consentimiento expreso, dichas fotos no podrán ser utilizadas para otros fines.

He comprendido las explicaciones que me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el personal facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puede revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, **OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE FOTOGRAFÍAS DE LAS LESIONES QUE PRESENTO CON LA FINALIDAD DE:**

- Ser facilitadas en sobre cerrado al Juzgado correspondiente SÍ NO
- Puedan ser utilizadas con fines de investigación médica o docente dentro del ámbito sanitario SÍ NO

En a de de

.....
Fdo. D/D^a

.....
Firma del Personal
Facultativo responsable

.....
Fdo. Representante legal

EN CASO DE REVOCACIÓN:

D/D^a, con DNI con domicilio

En su caso, su representante legal:

D/D^a, con DNI

En calidad de, con domicilio

Revoco el consentimiento prestado en fecha / /

Lo que firmo, En a de de

.....
Fdo. D/D^a

.....
Firma del Personal
Facultativo responsable

.....
Fdo. Representante legal

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan referido a la persona lesionada y personal facultativo, van a ser incorporados para su tratamiento al fichero Historias Clínicas Centros de Salud/Historias Clínicas Centros Hospitalarios, dependiendo de donde se dispense la atención sanitaria. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tiene como finalidad prestar atención a los usuarios de los servicios sanitarios facilitando la continuidad asistencial. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Dirección General de Asistencia Sanitaria, Avda. de Constitución, 18. 41071 - SEVILLA

Ejemplar para la PERSONA INTERESADA



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FOTOGRAFIAR LESIONES

D/D^a, con DNI

En su caso, su representante legal:

D/D^a, con DNI

En calidad de, con domicilio

DECLARO:

Que el Dr/la Dra del Centro/ Servicio Sanitario..... me ha explicado la conveniencia de realizar fotos de las lesiones que presento, para que:

- Sean facilitadas en sobre cerrado al juzgado correspondiente, acompañando al parte al juzgado de guardia para la comunicación de asistencia sanitaria por lesiones y sirvan de prueba en las actuaciones legales pertinentes.
- Puedan ser utilizadas con fines de investigación médica o docente dentro del ámbito sanitario, siempre preservando mi intimidad sin que en ningún caso se revele mi identidad.

Salvo consentimiento expreso, dichas fotos no podrán ser utilizadas para otros fines.

He comprendido las explicaciones que me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el personal facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puede revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, **OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE FOTOGRAFÍAS DE LAS LESIONES QUE PRESENTO CON LA FINALIDAD DE:**

- Ser facilitadas en sobre cerrado al Juzgado correspondiente SÍ NO
- Puedan ser utilizadas con fines de investigación médica o docente dentro del ámbito sanitario SÍ NO

En a de de

.....
Fdo. D/D^a

.....
Firma del Personal
Facultativo responsable

.....
Fdo. Representante legal

EN CASO DE REVOCACIÓN:

D/D^a, con DNI con domicilio

En su caso, su representante legal:

D/D^a, con DNI

En calidad de, con domicilio

Revoco el consentimiento prestado en fecha / /

Lo que firmo, En a de de

.....
Fdo. D/D^a

.....
Firma del Personal
Facultativo responsable

.....
Fdo. Representante legal

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan referido a la persona lesionada y personal facultativo, van a ser incorporados para su tratamiento al fichero Historias Clínicas Centros de Salud/Historias Clínicas Centros Hospitalarios, dependiendo de donde se dispense la atención sanitaria. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tiene como finalidad prestar atención a los usuarios de los servicios sanitarios facilitando la continuidad asistencial. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Dirección General de Asistencia Sanitaria, Avda. de Constitución, 18. 41071 - SEVILLA

Ejemplar para el CENTRO O SERVICIO SANITARIO

