

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA FILMACIÓN O FOTOGRAFÍAS DE LAS CIRUGÍAS Y/O PROCEDIMIENTOS Y/O PIEZAS ANATÓMICAS DE LOS PACIENTES**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

<b>Nombre del Paciente</b>	
<b>R.U.T del Paciente</b>	

**Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo.**

**INFORMACIÓN**

De acuerdo a la Ley N° 20.584 de los "Derechos y Deberes de los Pacientes", la filmación o fotografías de los procedimientos, cirugías, piezas anatómicas y de los mismos pacientes, con fin: científico, académico, clínico e incluso a solicitud del paciente o su representante legal/tutor, sólo se podrá hacer con la autorización escrita del paciente o de su representante legal/tutor.

Estos documentos, tanto el consentimiento como el material gráfico (filmación o fotografías) pasarán a ser parte integrante de la **ficha clínica** de los pacientes y como tal quedan bajo la tuición y custodia de la Dirección de la Clínica y sólo podrán ser usados para los fines para los que fueron autorizados.

Además, he podido formular las preguntas que he creído conveniente, y me han aclarado todas las dudas planteadas. Bajo estos conceptos consiento que las cirugías y/o procedimientos y/o piezas anatómicas de mi persona puedan ser filmados o fotografiados, y estoy al conocimiento que en cualquier momento puedo revocar.

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO**

(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

**YO \_\_\_\_\_ por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre la **Filmación o Fotografías de Las Cirugías y/o Procedimientos y/o Piezas Anatómicas y de los mismos Pacientes**, y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

**DECLARO** comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

**Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN, CONSIENTO LA FILMACIÓN O FOTOGRAFÍAS DE LAS CIRUGÍAS Y/O PROCEDIMIENTOS Y/O PIEZAS ANATÓMICAS Y DE LOS MISMOS PACIENTES, para ser usados con fines: Científicos, clínicos, docencia u otro. Resguardando el respeto a mi identidad y confidencialidad de mis datos.**

**Completar por el Profesional**

Firma del Consentimiento:	<b>FECHA:</b> ____/____/____	<b>HORA:</b>
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

**Completar por el Paciente o Representante Legal**

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

**INFORMACIÓN ENTREGADA POR:** \_\_\_\_\_  
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)