

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FOTOGRAFIAR LESIONES

D/D<sup>a</sup>....., con DNI.....

Si procede, su representante legal:

D/D<sup>a</sup>....., con DNI.....

En calidad de.....

### DECLARO:

Que el profesional.....  
del Centro / Servicio Sanitario.....  
me ha explicado la conveniencia de realizar fotos de las lesiones que presento, para que  
puedan ser utilizadas con fines docentes y/o de investigación; así como para ser publicadas en  
literatura de interés científico. Y la posibilidad de participación del personal en periodo de  
formación, o de que personal autorizado pueda asistir como observador.

Las imágenes no servirán en ningún caso para identificarme, dado que la imagen excluirá mi  
rostro o cualquier otro matiz que pudiera quebrantar el derecho a mi intimidad y al secreto  
profesional.

Por ello, **OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE FOTOGRAFÍAS DE LAS  
LESIONES QUE PRESENTO**, teniendo en cuenta que:

- He comprendido las explicaciones que me han facilitado, he podido hacer preguntas al personal que me ha atendido y me ha aclarado todas las dudas que he planteado.
- Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones, y sin que repercuta en mis cuidados.

Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Fdo. D/D<sup>a</sup>

Fdo. (Personal)

Fdo. (Representante)

### EN CASO DE REVOCACIÓN:

D/D<sup>a</sup>....., con DNI.....

Si procede, su representante legal:

D/D<sup>a</sup>....., con DNI.....

En calidad de.....

Revoco el consentimiento prestado en fecha.....

Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Fdo. D/D<sup>a</sup>

Fdo. (Personal)

Fdo. (Representante)

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FOTOGRAFIAR LESIONES

D/D<sup>a</sup>....., con DNI.....

Si procede, su representante legal:

D/D<sup>a</sup>....., con DNI.....

En calidad de.....

### DECLARO:

Que el profesional.....  
del Centro / Servicio Sanitario.....  
me ha explicado la conveniencia de realizar fotos de las lesiones que presento, para que  
puedan ser utilizadas con fines docentes y/o de investigación; así como para ser publicadas en  
literatura de interés científico. Y la posibilidad de participación del personal en periodo de  
formación, o de que personal autorizado pueda asistir como observador.

Las imágenes no servirán en ningún caso para identificarme, dado que la imagen excluirá mi  
rostro o cualquier otro matiz que pudiera quebrantar el derecho a mi intimidad y al secreto  
profesional.

Por ello, **OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE FOTOGRAFÍAS DE LAS  
LESIONES QUE PRESENTO**, teniendo en cuenta que:

- He comprendido las explicaciones que me han facilitado, he podido hacer preguntas al personal que me ha atendido y me ha aclarado todas las dudas que he planteado.
- Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones, y sin que repercuta en mis cuidados.

Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Fdo. D/D<sup>a</sup>

Fdo. (Personal)

Fdo. (Representante)

### EN CASO DE REVOCACIÓN:

D/D<sup>a</sup>....., con DNI.....

Si procede, su representante legal:

D/D<sup>a</sup>....., con DNI.....

En calidad de.....

Revoco el consentimiento prestado en fecha.....

Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Fdo. D/D<sup>a</sup>

Fdo. (Personal)

Fdo. (Representante)