

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO PARA LA GRABACIÓN,
CONSERVACIÓN Y TRANSMISIÓN DE IMÁGENES DURANTE LA REALIZACIÓN**

DE:
(Prueba o intervención que se va a realizar)

Don/Doña:....., deaños de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Con domicilio en:, y DNI:
(Domicilio del paciente)

Don/Doña:....., deaños de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal)

Con domicilio en:, y DNI:
(Domicilio del representante legal)

En calidad de, de
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

MANIFESTACION

EL DOCTOR/A:
(Nombre y dos apellidos del facultativo que facilita la información)

me ha explicado que con fines científicos y de docencia se va a proceder a la grabación, conservación y transmisión de imágenes de:
(Prueba o intervención que se va a realizar)

Dichas imágenes podrán ser utilizadas en juntas facultativas, conferencias, congresos y actos científicos.

Se me ha informado que durante la realización de la exploración, además del personal facultativo y auxiliar que la realicen, podrán estar presentes profesionales de igual categoría, con el objetivo de aprender la técnica empleada y ello, con independencia del personal necesario para la grabación y transmisión de las imágenes.

Asimismo, se me ha indicado que, en todo momento, se preservará la confidencialidad y se respetará mi intimidad.

Se me han facilitado todas las explicaciones necesarias y resuelto todas las dudas planteadas.

Conozco que, en cualquier momento, y sin necesidad de ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por todo ello,

CONSIENTO

Que se proceda a la grabación, conservación y transmisión de imágenes durante la realización de la prueba o intervención que se me va a practicar, la cual autorizo en el pertinente documento de consentimiento

En....., a
(Lugar) (Fecha)

Fdo: El/la Médico

Fdo: El/la Paciente

Fdo: El representante legal, familiar o allegado