

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA LA GRABACIÓN, CONSERVACIÓN Y TRANSMISIÓN DE IMÁGENES DURANTE LA REALIZACIÓN DE PRUEBA / INTERVENCIÓN, Y/O USO DE DATOS DE HISTORIA CLÍNICA

D./ D^a. , de.....años de edad, con domicilio en

y DNI nº en calidad de(indíquese paciente o representante de).

MANIFIESTA

Que el Médico/a me ha explicado que con fines científicos y de docencia se va a proceder a la grabación, conservación y transmisión de imágenes de (nombre de la prueba/ intervención) y/o consulta de mi historia clínica (uso de datos). Dichas imágenes/datos podrán ser utilizados en conferencias, actos científicos y congresos.

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 objeto de aprender la técnica empleada y ello, con independencia del personal necesario para la grabación y transmisión de imágenes. Asimismo, **se me ha indicado que, en todo momento, se preservará la confidencialidad y se respetará mi intimidad**, informándome de que mis datos serán incluidos en un fichero titularidad de (nombre del responsable) con la finalidad de llevar a cabo actividades y estudios científicos, conferencias y congresos. Se me ha garantizado el cumplimiento de las medidas de seguridad que se exigen reglamentariamente y la posibilidad de ejercitar mis derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiendo escrito a la siguiente dirección 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, así como la consulta y uso de datos de mi historia clínica, lo cual autorizo en este pertinente documento de consentimiento.

En, a de de 202

El médico

El Paciente

El representante legal

(para menores y/o incapacitados legalmente)