

Consentimiento informado para obtención de fotografías o filmaciones con fines médicos

Las fotografías y/o video de la lesión o problema clínico que usted presenta, o del procedimiento o intervención quirúrgica a realizar, son muy importantes para su expediente. Éstas permitirán determinar las características exactas de su enfermedad, comparar la lesión o problema a lo largo del tiempo y medir la progresión de la enfermedad. Además, el registro en fotografía y/o video permite a los médicos lograr avances en el estudio de su enfermedad, analizar su caso con otros médicos en foros de expertos para encontrar el mejor tratamiento para usted y hace posible la enseñanza y formación de otros médicos. Cuando se toma fotografía o video de nuestros pacientes, nosotros tomamos todas las precauciones para que nadie más que su médico y el personal autorizado tengan acceso a su información. Debido a que nuestra especialidad es Oftalmología, no requeriremos fotografiar o filmar nada más que sus ojos, por lo que su identidad queda resguardada. Excepción a esto son las lesiones que abarquen otras partes de la cara o el cuerpo y que sean relevantes para el diagnóstico y/o tratamiento.

Solicitamos su autorización para la fotografía y filmación de:

- La lesión o problema clínico
- El procedimiento o intervención quirúrgica

Con fines de:

- Registrar los hallazgos en su expediente para futura referencia y evaluación de la progresión de su enfermedad
- Enseñanza a médicos y personal paramédico
- Publicación en revistas científicas impresas o electrónicas especializadas exclusivamente en Medicina
- Investigación científica

Yo, _____, declaro que he sido informado y he comprendido la necesidad y/o interés de filmar o fotografiar mis lesiones, problema clínico, procedimiento o intervención quirúrgica. Estoy satisfecha/ satisfecho con la información recibida. Entiendo que mi identidad y datos personales se preservarán en todo momento y sé que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento. En consecuencia, otorgo libremente mi consentimiento para ser fotografiado o filmado por el personal autorizado por Oftalmólogos Pediatras Asociados S.C. o por la Dra. Naira Citlalli Pereyra Muñoz para los usos señalados anteriormente. De la misma forma, entiendo que está prohibido fotografiar o filmar a la Dra. Naira Citlalli Pereyra Muñoz ni a los empleados de Oftalmólogos Pediatras Asociados S.C. sin su consentimiento por escrito.

Nombre del paciente _____

Lugar y fecha

Nombre y firma del padre o tutor