

## **HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE PARA PUBLICACIONES/TOMA DE IMÁGENES/DOCENCIA**

Antes de proceder a la firma del consentimiento que se le adjunta, lea atentamente la información que a continuación se le facilita y realice las preguntas que considere oportunas.

### **NATURALEZA**

En el contexto de la realización de un estudio de investigación/publicación, **Titulado:**  
“.....”

Solicitamos su consentimiento para realizar una publicación de su caso clínico cuyo fin es la **difusión del conocimiento científico**.

Para ello le solicitamos que nos autorice utilizar **sus datos clínicos así como las imágenes de sus lesiones** con el objeto de documentar mejor su caso. Siempre se garantizará que con la publicación de sus imágenes no se le pueda identificar

También le solicitamos autorización para que su caso pueda usarse **para fines docentes** (enseñar a otros profesionales). Todo ello se usará si usted da su autorización.

Además usted debe saber que su identidad siempre será preservada de forma confidencial. Todos los datos de carácter personal serán excluidos de las publicaciones y de las imágenes y se tratarán conforme al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 y Ley 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

### **IMPLICACIONES PARA EL PACIENTE**

La información obtenida se utilizará exclusivamente para los fines específicos de este estudio. Dicha información será anónima por lo que ninguno de sus datos ni de sus imágenes permitirá su identificación.

### **RIESGOS DE LA INVESTIGACIÓN PARA EL PACIENTE**

Esta prueba está exenta de riesgos para usted, puesto que se trata de realizar una publicación científica y una toma de imágenes.

De este estudio no se derivará complicación alguna de su enfermedad.

Si se niega a participar, ello no repercutirá en su atención y tratamientos médicos.

Si requiere información adicional se puede poner en contacto con nuestro personal D/Dña.-----  
-----.

Al teléfono-----correo electrónico-----

## CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ESCRITO DEL PACIENTE PARA PUBLICACIONES/TOMA DE IMÁGENES/DOCENCIA

### TITULO

- Yo ( Nombre y Apellidos-----)
- He leído el documento informativo que acompaña a este consentimiento ( Información al Paciente)
- He podido hacer preguntas sobre el estudio-----
- He recibido suficiente información sobre el estudio-----
- He hablado con el profesional médico/ sanitario-----
- Comprendo que mi participación es voluntaria y soy libre de participar o no en el estudio.

Se me ha informado que todos los datos/imágenes obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de Abril de 2016 y Ley 3/2018 de 5 de Diciembre de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

Se me ha informado de que la información obtenida y las imágenes, solo se utilizará para los fines específicos del estudio.

Las imágenes obtenidas que sean expuestas o publicadas evitarán en lo posible mi identificación.

Comprendo que puedo retirar mi consentimiento

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones
- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

**Autorizo a que el investigador utilice mis datos clínicos, imágenes para fines de investigación o docencia**

Fdo.: Nombre y Apellidos

Fecha: -----

**Autorizo a que el investigador utilice las imágenes de mis lesiones para publicación/ponencia/uso docente**

Fdo.: Nombre y Apellidos

Fecha: -----

**Presto libremente mi conformidad para publicaciones de-----  
con fines de investigación o docentes.**

Firma del paciente (o representante legal en su caso ) Firma del profesional médico/sanitario

Fdo.: Nombre y Apellidos

Fdo.: Nombre y Apellidos

Fecha: -----

Fecha: -----