Ejemplar para el JUZGADO DE GUARDIA

JUNTA DE ANDALUCIA

CONSEJERÍA DE SALUD

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FOTOGRAFIAR LESIONES

D/D ^a		, con DNI
En su caso, su representante legal:		
D/D ^a		, con DNI
En calidad de	, con domicilio	
	DECLARO:	
,		
•	alizar fotos de las lesiones que presento, para qu	٥٠
·		
	ado al juzgado correspondiente, acompañando al ones y sirvan de prueba en las actuaciones legale	parte al juzgado de guardia para la comunicaciór es pertinentes.
 Puedan ser utilizadas con fine sin que en ningún caso se reve 	_	mbito sanitario, siempre preservando mi intimidad
Salvo consentimiento expreso, dichas f	otos no podrán ser utilizadas para otros fines.	
	me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo ciones y ha aclarado todas las dudas que le he p	, y el personal facultativo que me ha atendido me lanteado.
		ación, puede revocar el consentimiento que ahora
presto.	j	
	IENTO PARA LA REALIZACIÓN DE FOTOG	RAFÍAS DE LAS LESIONES QUE PRESENTO
CON LA FINALIDAD DE:		
0 ()	do al luzgado correspondiente	□ NO
- Ser facilitadas en sobre cerra	ao ai sazgado correspondiente	
 Puedan ser utilizadas con fin docente dentro del ámbito san 		NO
Fn	a de	de
Fdo. D/D ^a	Firma del Personal	Fdo. Representante legal
	Facultativo responsable	
	EN CASO DE REVOCACIÓN:	
D/D ^a		, con DNI
,		
En su caso, su representante legal:		
		, con DNI
		······································
Revoco el consentimiento prestado en	fecha / /	
Lo que firmo, En	a de	de
Fdo. D/D ^a	Firma del Personal	Fdo. Representante legal
2 / 2		

PROTECCIÓN DE DATOS

PROTECCION DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan referido a la persona lesionada y personal facultativo, van a ser incorporados para su tratamiento al fichero Historias Clínicas Centros de Salud/Historias Clínicas Centros Hospitalarios, dependiendo de donde se dispense la atención sanitaria. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tiene como finalidad prestar atención a los usuarios de los servicios sanitarios facilitando la continuidad asistencial.

De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Dirección General de Asistencia Sanitaria, Avda. de Constitución, 18. 41071 - SEVILLA

Facultativo responsable

Ejemplar para la PERSONA INTERESADA

DOCUM

JUNTA DE ANDALUCIA

CONSEJERÍA DE SALUD

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FOTOGRAFIAR LESIONES D/D^a, con DNI En su caso, su representante legal: D/D^a, con DNI **DECLARO:** Que el Dr/la Dra del Centro/ Servicio Sanitario...... me ha explicado la conveniencia de realizar fotos de las lesiones que presento, para que: - Sean facilitadas en sobre cerrado al juzgado correspondiente, acompañando al parte al juzgado de guardia para la comunicación de asistencia sanitaria por lesiones y sirvan de prueba en las actuaciones legales pertinentes. - Puedan ser utilizadas con fines de investigación médica o docente dentro del ámbito sanitario, siempre preservando mi intimidad sin que en ningún caso se revele mi identidad. Salvo consentimiento expreso, dichas fotos no podrán ser utilizadas para otros fines. He comprendido las explicaciones que me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el personal facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y ha aclarado todas las dudas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puede revocar el consentimiento que ahora Por ello. Otorgo mi consentimiento para la realización de fotografías de las lesiones que presento **CON LA FINALIDAD DE:** NO - Ser facilitadas en sobre cerrado al Juzgado correspondiente - Puedan ser utilizadas con fines de investigación médica o docente dentro del ámbito sanitario En a de de Fdo. D/D^a Firma del Personal Fdo. Representante legal Facultativo responsable **EN CASO DE REVOCACIÓN:** D/D^a con DNI con DNI con domicilio En su caso, su representante legal: D/D^a, con DNI En a de de Lo que firmo,

PROTECCIÓN DE DATOS

Fdo. D/D^a

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan referido a la persona lesionada y personal facultativo, van a ser incorporados para su tratamiento al fichero Historias Clínicas Centros de Salud/Historias Clínicas Centros Hospitalarios, dependiendo de donde se dispense la atención sanitaria. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tiene como finalidad prestar atención a los usuarios de los servicios sanitarios facilitando la continuidad asistencia.

Firma del Personal

Facultativo responsable

Fdo. Representante legal

prestar aterición a los susantos de los servicios sanitários lacinitários la comunidad asistencia. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Dirección General de Asistencia Sanitaria, Avda. de Constitución, 18. 41071 - SEVILLA

JUNTA DE ANDALUCIA

CONSEJERÍA DE SALUD

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FOTOGRAFIAR LESIONES

D/D		con DINI
En su caso, su representante legal:	:	
D/D ^a		, con DNI
En calidad de	, con domicilio	
	DECLARO:	
del Centro/ Servicio Sanitario	e realizar fotos de las lesiones que presento, para que	
	cerrado al juzgado correspondiente, acompañando al lesiones y sirvan de prueba en las actuaciones legale	
- Puedan ser utilizadas con sin que en ningún caso se	fines de investigación médica o docente dentro del ár revele mi identidad.	nbito sanitario, siempre preservando mi intimidad
Salvo consentimiento expreso, dich	nas fotos no podrán ser utilizadas para otros fines.	
	que me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, ervaciones y ha aclarado todas las dudas que le he pl	
presto.	uier momento y sin necesidad de dar ninguna explica	
- Ser facilitadas en sobre c	errado al Juzgado correspondiente SÏ	□ NO
 Puedan ser utilizadas con docente dentro del ámbito 	n fines de investigación médica o Sï sanitario	□ NO
En	a de	de
Fdo. D/Dª	Firma del Personal Facultativo responsable	Fdo. Representante legal
	EN CASO DE REVOCACIÓN:	
D/D ^a		, con DNI
En su caso, su representante legal:		
	, con domicilio	
Revoco el consentimiento prestado	en fecha / /	
Lo que firmo, En	a de	de
Fdo. D/D ^a	Firma del Personal	Fdo. Representante legal

PROTECCIÓN DE DATOS

PROTECCION DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan referido a la persona lesionada y personal facultativo, van a ser incorporados para su tratamiento al fichero Historias Clínicas Centros de Salud/Historias Clínicas Centros Hospitalarios, dependiendo de donde se dispense la atención sanitaria. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tiene como finalidad prestar atención a los usuarios de los servicios sanitarios facilitando la continuidad asistencial.

De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Dirección General de Asistencia Sanitaria, Avda. de Constitución, 18. 41071 - SEVILLA

Facultativo responsable