

FORMULARIO PARA REGISTRO

 HOSPITAL CLINICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	CONSENTIMIENTO INFORMADO	FL-CDM-168
	Para Obtención de Autorización de Grabación y/o Fotografías	Rev.01

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE / CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO: _____

OBJETIVO

Dar cumplimiento al Derecho del usuario a no ser Grabado ni Fotografiado con fines de Difusión sin su permiso, de conformidad a la Ley N° 20.584 de Deberes y Derechos de los Pacientes.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

A través del presente consentimiento, autorizo utilizar fílmico y/o fotográfico que provea la grabación total y/o parcial de mi imagen, voz, opinión y declaraciones para su divulgación en página web, redes sociales, además de canales online y de comunicación. Confirmando que he leído y comprendido o descrito en este documento y se me han aclarado todas mis dudas y preguntas.

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada sin mencionar mi nombre.

Y en tales condiciones

DECLARO:

Que el/la Profesional _____ me ha explicado todas mis preguntas y aclarado dudas en relación a: **LA OBTENCIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO.**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se **OBTENGAN IMÁGENES FOTOGRÁFICAS Y/O FILMACIONES DE VIDEOS DE:**

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Firma Médico _____

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-168

Para Obtención de Autorización de Grabación y/o
Fotografías

Rev.01

RECHAZO:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO y no acepto "la obtención de material fílmico o fotográfico, independiente de su uso"

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ Firma del Médico _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

REVOCAACION:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y **AUTORIZO** a proseguir con el _____

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ Firma del Médico _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)