

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO Uso de Imágenes y Antecedentes Clínicos

FL-IMA-29

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: _____

INFORMACIÓN GENERAL

Hospital Clínico Viña del Mar mantiene convenios docente-asistenciales con Universidades e Institutos Profesionales, siendo campo clínico destinado a la formación de profesionales y técnicos del área de la salud.

Usted se realizara en Unidad de Diagnostico por Imagenología, un examen de alta complejidad. En nuestra actividad Docente asistencial, las imágenes obtenidas cumplen con las características para ser presentado como caso clínico y/o publicación científica.

La recopilación de imágenes y antecedentes clínicos serán presentadas bajo todas las políticas de privacidad establecidas: anonimizadas, no permitiendo la identificación de los pacientes y/o voluntario, acorde a la Ley de Derechos y Deberes de los pacientes.

COPIA CONTROLADA

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-IMA-29

Uso de Imágenes y Antecedentes Clínicos

Rev.01

DECLARO:

Que el/la Tecnólogo/a (a) Médico _____ me ha informado sobre la factibilidad de ceder
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

Imágenes y antecedentes clínicos para ser presentada como caso clínico y/o publicación científica, tomando todas las medidas de resguardo para salvaguardar mi privacidad.

Y en tales condiciones **CONSIENTO** la utilización de imágenes y antecedentes clínicos para ser presentada como caso clínico y/o publicación científica.

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

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Firma Médico _____

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 el proseguir ante ninguna circunstancia con la **Utilización de Imágenes y Antecedentes Clínicos** asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

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)

REVOCACION:

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)