

## FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO PARA LA OBTENCIÓN Y USO DE IMAGENES

---

Fecha de obtención del consentimiento informado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE:

\_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos o etiqueta de identificación)

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

(Letra Legible, puede utilizar TIMBRE)

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para la adquisición y uso de imágenes. Eso significa que nos autoriza a realizarlo.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

**Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.** Le atenderemos con mucho gusto.

Autorizo voluntariamente el uso de mi imagen. Asimismo, accedo a ser fotografiado y/o grabado en video de forma previa, durante y con posterioridad a la cirugía o procedimiento al que seré sometido, teniendo total conocimiento de que toda la información imágenes, videos o cualquier otro material que se obtenga, serán de exclusiva propiedad de Clínica Bupa Antofagasta y no me serán devueltos, pudiendo ser utilizados exclusivamente para fines afines a la cirugía que se me realizará y/o fines académicos.

Declaro que todos los derechos de cualquier clase y sobre todos los films, fotografías y grabaciones de imágenes realizadas como se establece en esta autorización, son de propiedad de Clínica Bupa Antofagasta, renunciando desde ya a formular cualquier reclamo, de cualquier clase o naturaleza contra éste o terceros. Adicionalmente, no cuestionaré la legitimidad o formularé reclamos por ninguna representación desfavorable de la persona o imagen de mi representado que resulte de las imágenes, u otras grabaciones que se obtengan del proceso llevado a cabo por Clínica Bupa Antofagasta. Clínica Bupa Antofagasta se compromete a no dar un uso indebido de las imágenes obtenidas.

Nunca se utilizarán los datos del paciente como nombre Rut, etc. Solo se capturarán imágenes.

Declaro, reconozco y acepto irrevocablemente que Clínica Bupa Antofagasta podrá utilizar el material, total o parcialmente a perpetuidad, en todo el mundo.

Asimismo, y por este acto, acepto que Clínica Bupa Antofagasta pueda decidir no usar el material que obtenga e incluso que puede decidir emitirlo sin usar la imagen objeto de esta autorización.

## II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

---

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal.

En el caso del MENOR DE EDAD, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo con su grado de entendimiento.

<b>En caso de menores de edad o pacientes sin capacidad de otorgar consentimiento</b>
---

Representante legal: _____ Rut: _____
---------------------------------------

## AUTORIZACIÓN AL CONSENTIMIENTO INFORMADO

---

\_\_\_SI\_\_\_NO Autorizo a que se realice la toma y uso de imágenes para la planificación y estudio por parte de mi equipo médico solo con un fin terapéutico.

\_\_\_SI\_\_\_NO Autorizo a que se realice la toma y uso de imágenes permitiendo a mi tratante utilizar imágenes con fines docentes.

\_\_\_SI\_\_\_NO Autorizo a que se realice la toma y uso de imágenes permitiendo a mi tratante utilizar imágenes con los fines que él/ella estime conveniente, incluyendo uso para comercial.

\_\_\_\_\_  
Firma paciente o representante legal

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

---

---

<b>En caso de DENEGACIÓN O REVOCACIÓN</b>
---

_____ Firma Paciente
-------------------------

_____ Firma Médico
-----------------------