

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VIDEO-FILMACIÓN

Descripción del procedimiento, objetivos del procedimiento y beneficios que se esperan

La video-filmación de imágenes es un método útil para el estudio de los problemas clínicos de los pacientes permitiendo el registro de los comentarios del paciente mientras se realiza la grabación de las imágenes.

Esta técnica permite además el análisis más detallado de la sintomatología y la evaluación de la evolución de la sintomatología y de la enfermedad, bien por su evolución temporal o por las modificaciones debidas al tratamiento.

Por otra parte, los datos grabados pueden ser analizados y discutidos con otros expertos en otros actos científicos, conferencias y congresos, facilitando no solo un mejor conocimiento de la enfermedad sino también la recogida de ideas nuevas acerca de la patología a analizar. Además, la posibilidad de recoger en imágenes los diferentes datos de un paciente es de gran utilidad para la formación de otros profesionales y para la docencia de la medicina.

Otras consideraciones

Las imágenes y comentarios reproducidos serán utilizados exclusivamente en los estudios médicos y se garantiza que se preservará su identidad en el anonimato en todo momento incluyendo los datos en una base de datos cuyo responsable es

Asimismo, se garantiza el cumplimiento de todas las medidas de seguridad que exige la normativa actual y se preserva la posibilidad de revocar este consentimiento ejercitando sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición a la difusión y empleo de las imágenes en cualquier momento y sin necesidad de ninguna explicación.

Riesgos en función de la situación clínica personal

Otros riesgos que podrían aparecer, dada su situación clínica y sus circunstancias personales son.....
.....
.....
.....
.....

Tras considerar los pros y los contras del procedimiento que le proponemos, solicitamos su consentimiento para la realización de la referida técnica. Su médico se compromete a adoptar las medidas oportunas en caso de que se produzca algún tipo de complicación. Si después de leer este documento le queda alguna duda, no deje de realizar las preguntas que considere oportunas.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

Nº Historia _____

DIRECCION DEL PACIENTE (o representante legal):

He sido informado de forma satisfactoria por el Dr/Dra.
adscrito a la Unidad/Servicio de de los siguientes puntos:
qué es, cómo se realiza, para qué sirve, beneficios, riesgos, complicaciones y
alternativas al procedimiento.

En..... a de de 2.....

Nombre del paciente:	Nombre del Médico:
DNI:	DNI:
Firma del paciente: <i>Fecha:</i>	Firma del Médico: <i>Fecha:</i>

REVOCACIÓN

D./Dña.:, con DNI/Pasaporte nº

D./Dña con DNI/Pasaporte nº
como Representante y/o Tutor del paciente

REVOCO el consentimiento prestado en fecha de..... de 2....., y no
deseo proseguir el procedimiento propuesto, que doy con esta fecha finalizado.

Firma del Paciente/Representante y/o tutor

**Firma del médico que informa
Colegiado nº**