**FORMULARIO DE CONSENTIMENTO DEL PACIENTE:**

Yo,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nº documento (C.C, Pasaporte) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del país\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Ciudad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ habitante en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Bairro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, paciente (o responsable legal de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), por medio deste **formulario de consentimento**, consiento que el Dr. o Dra.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tome fotografías, haga videos y tenga otro tipo de imágenes mías, sobre mi caso clínico. Doy mi consentimiento para que estas imágenes se utilicen con fines didácticos y científicos, se difundan en clases, conferencias, conferencias, cursos, congresos, etc., y se publiquen en libros, artículos, portales de internet, revistas científicas y similares, pudiendo incluso mostrar mi rostro, lo que puede hacer que yo (o él) me reconozcan. También doy autorización para que se utilicen y difundan las imágenes de mis exámenes, tales como radiografías, tomografía computarizada, resonancia magnética, ultrasonido, electromiografía, histopatología (examen bajo el microscopio de la pieza quirúrgica extraída) y otros. Este consentimiento puede ser revocado, sin ninguna carga o perjuicio para mí, a mi solicitud o solicitud, siempre que la revocación se produzca antes de la publicación.

Se me aclaró que no recibiré ningún reembolso ni pago por el uso de mis imágenes y también entendí que el Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y ​​el equipo de profesionales que me atienden y asistirán durante todo el tratamiento no tendrán ningún tipo de ganancia económica con el exposición de mi imagen en esas publicaciones.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del paciente o responsable legal.

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Documento de identificación: