



CONSENTIMIENTO INFORMADO **FOTOGRAFÍA** **CORPORAL TOTAL**



*Rote la pantalla del dispositivo
para leer cómodamente*

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE FOTOGRAFÍA CORPORAL TOTAL

Yo, en nombre del paciente identificado como aparece en el encabezado de la versión digital de este documento para firma electrónica, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al doctor(a) de quien recibo la atención de mi actual enfermedad y cuyo nombre aparece al final de este documento para que por su intermedio y/o con el concurso de personal asistente y/o auxiliar y demás profesionales requeridos me realice fotografías seriadas que se utilizarán exclusivamente con la finalidad de seguimiento sobre cambio de lesiones preexistentes o nuevas en mi piel.

Se me ha informado que las fotografías son almacenadas en un software que garantiza la privacidad e intimidad, jamás se divulgan datos personales como identificación, teléfonos, etcétera. Adicionalmente se me hace entrega de las fotos en una memoria de almacenamiento con conexión USB.

Autorizo a la institución **AURORA CENTRO ESPECIALIZADO EN CÁNCER DE PIEL SAS** para acceder a mi historial médico, incluyendo registro fotográfico, para propósitos de investigación biomédica y/o académica, interconsultas externas, y publicación en revistas científicas o presentaciones, preservando la confidencialidad de cada caso. La información obtenida será manejada confidencialmente, no se divulgarán datos personales

que permitan mi identificación, siendo la Institución responsable de la custodia de los mismos.

Además autorizo a la Institución para enviar por correo electrónico el reporte de la Fotografía Corporal Total y Dermatoscopia Digital que me realizaron, al dermatólogo solicitante.

Mediante mecanismo de firma digital asociado a este documento electrónico doy mi consentimiento según la información previamente consignada.

OBSERVACIONES

1. Cuando el paciente no tenga capacidad legal o mental para otorgar el consentimiento, las manifestaciones de lo contenido en el presente documento se entienden hechas por la persona responsable que lo representa.
2. El presente documento se encuentra en una plataforma digital para su firma electrónica. Al paciente o tutor legalmente constituido se le entrega este texto para que lo lea previamente al procedimiento y el día de la cirugía o unos días antes lo debe firmar mediante mecanismo electrónico.
3. La ausencia de firma implícitamente interpreta como disentimiento a realizarse el procedimiento descrito en este documento, por tanto es obligatorio firmarlo si el paciente efectivamente acepta los riesgos y condiciones mencionados para poder hacer el procedimiento.

4. El personal de la Clínica le dará indicaciones sobre cómo realizar el registro de firma electrónica mediante dispositivo y softwares diseñados para tal fin.



CONECTÉMONOS
Clic en el ícono





Cuidamos el planeta a través de pequeñas cosas:
no imprimimos documentos sin ser necesario.

PBX: (604) 444 3527 Ext. 121

Procedimientos o cirugías: 315 361 6676

Retiro de puntos: 316 442 5515

Programación consulta: 305 291 2287 - 323 225 2247

Cra. 46 #7-12 y Calle 7 #45-29

Patio Bonito – Poblado, Medellín, Colombia

info@clinicaaurora.co - programacioncirugia@clinicaaurora.co

www.clinicaaurora.com.co / virtual.clinicaaurora.com.co