

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS EN ESTUDIO CLÍNICO

Título del estudio:	
Nombre Investigador Responsable:	
Unidad/Departamento/Servicio:	
Centro:	
Teléfono IR:	
Correo electrónico IR:	
Estudio patrocinado por (si fuere el caso):	
Consentimiento Informado Versión N°	Fecha: 00/00/0000

1. Por el presente instrumento, dejo constancia que he recibido del Dr..... la información respecto de la obtención de fotografías de mi persona (*o de mi representado/a*) con fines médicos relativos al estudio de la referencia.
La información que he recibido ha sido la adecuada, la he comprendido, habiéndose contestado todas mis dudas respecto de los motivos que hacen necesaria la toma de fotografías.
2. Consiento en que se me tomen fotografías (*o a mi representado/a*) para el propósito de
El término "fotografía" incluye
3. Las personas autorizadas para tomar mis fotografías son.....
y mis fotografías puede ser vista por.....
4. Entiendo que se dispondrá de este material para los fines descritos y se mantendrá dicha información con los debidos resguardos confidenciales frente a terceros ajenos a sus fines.
5. Entiendo que no recibiré reembolso por las fotografías que proporcione.
6. Entiendo que la negación de consentimiento a la toma de fotografías no afectará de ninguna manera la atención médica que se me proporcionará (*o a mi representado/a*).
7. Entiendo que una vez firmado este consentimiento puedo revocarlo cuando lo desee y que esta autorización expirará el día
8. Al momento de la firma, se me entrega una copia firmada de este documento.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS EN ESTUDIO CLÍNICO

9. Se me ha informado que cualquier pregunta que desee hacer con relación a mi participación en este estudio será respondida por el Investigador Responsable, cuyos datos de contacto se encuentran al inicio de este documento. También podré resolver mis dudas comunicándome con el Presidente del Comité Ético Científico de Clínica Santa María: Dr. Agustín Espejo García - Teléfono: 2 2913 2847.

Correo electrónico: comite.eticocientifico@clnicasantamaria.cl

**Otorgo mi consentimiento para la toma de fotografías de mi persona
(o mi representado/ del/a cual soy responsable):**

Nombre del paciente	RUT	Firma	Fecha	Hora
<p>.....</p> <p>Nombre del representante o testigo (si fuese pertinente)</p> <p>.....</p> <p>relación con el paciente</p>	RUT	Firma	Fecha	Hora
Nombre del profesional autorizado que explica el Consentimiento Informado	RUT	Firma	Fecha	Hora
Nombre del Investigador Responsable	RUT	Firma	Fecha	Hora
Nombre director de la institución/ delegado	RUT	Firma	Fecha	Hora

Este documento sólo es válido si cuenta con la autorización y timbre del Comité Ético Científico de Clínica Santa María.

Paciente N° _____/

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMA DE FOTOGRAFIAS EN ESTUDIO CLÍNICO