



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL USO DEL HISTORIAL MÉDICO PARA USOS DOCENTES Y/O DE INVESTIGACIÓN Y/O DIVULGACIÓN CIENTÍFICA

Servicio de Cirugía Pediátrica/Centro Hospitalario:

Nombre del paciente:

Nombre del médico que le informa:

En qué consiste:

Los datos clínicos, analíticos o de imagen recogidos en la historia clínica constituyen un material importante para contribuir al mejor conocimiento del problema que Vd. padece y podrán ser utilizados con fines docentes o de investigación y divulgación científica.

Su médico le ha solicitado su consentimiento para la obtención de los datos de su historia clínica y garantiza la confidencialidad de su identidad personal, de acuerdo a la Ley Orgánica de Protección Civil de Derecho al Honor, a la intimidad Personal y a la Propia Imagen, del 14/11/2002.

Por lo tanto hago constar que:

Estoy satisfecho con la información recibida por mi médico, he podido formular toda clase de preguntas que he creído conveniente y me han aclarado las dudas planteadas.

*En consecuencia doy mi consentimiento para la publicación, reproducción y divulgación en soporte papel y/o digital en formato de libre acceso en la Revista de la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica: **Cirugía Pediátrica.***

Firma del padre/madre/
tutor o responsable legal

Firma del paciente
(mayores de 12 años)

Firma del médico

Nombre:
DNI/ Pasaporte:

Nombre:
Nº Colegiado:

Fecha: