

## ANEXO N°19

### “Formulario de consentimiento informado para la toma de fotografías”

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la firma de este documento, declaro que se me ha explicado lo siguiente respecto de la toma de fotografías de lesiones de piel a mi persona:

- Tienen como fin principal ser utilizadas con fines clínicos, para el análisis por profesionales de la salud en el estudio diagnóstico y/o terapéutico de lesiones en la piel. Se mantendrán archivadas en ficha clínica en papel, ficha clínica electrónica o el repositorio documental que utilice la institución como registro de información electrónica.
- Podrán ser utilizadas en publicaciones médicas impresas o electrónicas, con fines docentes y/o de investigación. En cualquiera de estas situaciones, la identidad del trabajador(a) se mantendrá estrictamente resguardada, así como serán modificadas para evitar la identificación del paciente.
- La negación de la autorización por el trabajador(a) podría limitar el estudio de su caso por el Comité de Calificación, pero bajo ninguna circunstancia ello afectará el derecho a recibir las prestaciones de salud que estén bajo la cobertura del Seguro Ley N° 16.744.

Declaro que he comprendido toda la información entregada y se han aclarado mis dudas al respecto. De acuerdo con ello, decido lo siguiente:

ACEPTO                       NO ACEPTO

#### DATOS DEL PACIENTE O DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE: \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

#### DATOS DEL PROFESIONAL QUE INFORMA

NOMBRE: \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_