

## **MODELO DE HOJA DE INFORMACIÓN PARA LA CESIÓN DE DATOS E IMÁGENES**

**Responsable clínico:** Dr.

**Centro/Hospital:**

Considerando la enfermedad que usted ha padecido, ..... **y que se trata de un caso** (explicar la importancia y/o el motivo de difundir esta información), se solicita SU AUTORIZACIÓN, para que se puedan usar las fotografías tomadas en su (intervención / tratamiento)....., así como sus datos clínicos.

### **FINALIDAD DE LOS DATOS**

El objetivo es la presentación y difusión en las Jornadas de Investigación de la OSI ARABA ESI – el Cámpus de Álava de la UPV/EHU – BIOARABA.

### **BENEFICIO Y ATENCIÓN MÉDICA**

Su único beneficio es el que corresponde al avance de la medicina en beneficio de la sociedad, y el saber que ha colaborado en este proceso.

Sería interesante difundir este caso para que otros médicos puedan conocer como tratar esta patología en caso de que tenga un/a paciente con características similares en su consulta.

Todo el personal médico que la atendió será responsable del manejo de los Datos, conforme a la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, sobre Protección de Datos de Carácter Personal y siempre garantizando el completo anonimato. BIOARABA garantiza que de ninguna manera los datos e imágenes presentados permitirán su identificación, es decir, en todo momento le aseguramos que su identidad se mantendrá en el absoluto anonimato.

Por todo lo expuesto, solicitamos que nos permita el uso de sus datos clínicos y fotografías realizadas durante el procedimiento para su eventual presentación y difusión en las Jornadas de Investigación 2017.

## AUTORIZACIÓN PARA LA CESIÓN DE DATOS E IMÁGENES

Yo D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ Nº DNI: \_\_\_\_\_

### MANIFIESTO QUE

- Sé y conozco que la investigación científica es necesaria para avanzar en el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de las enfermedades en el ámbito de conocimiento médico en el que he manifestado la preferencia
- He obtenido información sobre la **finalidad del uso de los datos**, así como sobre la seguridad y garantía de cumplimiento de la legalidad.
- He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas

EN CONSECUENCIA DOY MI CONSENTIMIENTO PARA LA CESIÓN DE MIS DATOS E IMÁGENES PARA SU DIFUSIÓN EN LAS JORNADAS DE INVESTIGACIÓN de la OSI ARABA ESI – el Cámpus de Álava de la UPV/EHU – BIOARABA.

Firma del / de la paciente

Firma del médico responsable

Nombre.....

Nombre.....

Fecha.....

Fecha.....