



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autorización para la publicación de fotografías con fines científicos sin revelar la identidad del paciente.

YO,

D/Dña.(madre/padre/tutor) _____

Con DNI _____, **AUTORIZO** a

Dr/Dra. (médico) _____,

a la publicación, reproducción y divulgación en soporte papel o internet en formato de libre acceso, de datos de la historia clínica, fotos y estudios de imagen realizados con fines científicos sin revelar la identidad del paciente, garantizando la privacidad de la información según lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal. Las imágenes podrán estar disponibles en la web de la Sociedad Española de Reumatología Pediátrica para su divulgación científica.

En _____ a _____ de _____ de 201_____

Firma madre/padre/tutor

Firma menor (>11años)

Firma médico

DENEGACIÓN/REVOCACIÓN del Consentimiento.

YO, D/Dña _____, con DNI _____, **NO AUTORIZO** o retiro la autorización para la publicación de imágenes o datos de la historia clínica del paciente.

Fdo.

En

a

de

de 201_____