



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\_\_\_\_\_