

**SOLICITUD DE ATENCIÓN Y CONSENTIMIENTO
PARA REGISTRO DE IMÁGENES Y USO DE INFORMACION**

Solicito al _____, efectué una evaluación de mi condición de salud y/o constate mis lesiones, o de mi representado, en el marco de los Derechos Humanos, aplicando las normas y protocolos correspondientes a mi situación y caso.

En _____ de Chile, a las _____ Hrs.
Con fecha, _____

Nombre legal del paciente mayor de edad: _____

Nombre social: _____

Sexo asignado al nacer: _____

Orientación de Género: _____

C.I.: _____

Edad: _____

Domicilio: _____

Teléfono de contacto: _____

Correo electrónico: _____

a. Autorizo al _____ a:

- Autorizo a acceder y copiar los antecedentes clínicos de mi ficha, exámenes bioquímicos y de imágenes disponibles. SI _____ NO _____
 - Autorizo dar a conocer mi identidad en fotografía y/o video SI _____ NO _____
 - Autorizo dar a conocer mi identidad en informes SI _____ NO _____
 - Autorizo el uso de mi información para análisis, estudios y publicaciones en el marco de los DD.HH. SI _____ NO _____
 - Autorizo el uso de mi información para difusión en medios de comunicación. SI _____ NO _____
- Autorizo entregar copia de este informe al Departamento de Derechos Humanos del Colegio Médico. SI _____ NO _____

b. Solicito a _____, entregar copia del informe final de esta evaluación a la o las siguientes personas o instituciones: _____

Nombre paciente mayor de edad

Firma

Nombre de Médico Certificador

Timbre y Firma