

**ASENTIMIENTO Y/O CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA  
SOLICITUD DE ATENCIÓN, REGISTRO DE IMÁGENES Y USO DE INFORMACIÓN  
PARA PACIENTE MENOR DE EDAD**

Solicito a \_\_\_\_\_, efectué una evaluación de mi condición de salud y/o constatación de lesiones 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 de padre, madre o tutor legal que solicita la atención:** \_\_\_\_\_  
C.I.: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Profesión u oficio: \_\_\_\_\_

Relación con quien se atiende: \_\_\_\_\_

**Nombre del menor de edad que se atiende:** \_\_\_\_\_  
C.I. : \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Lugar de atención: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

a. Autorizo a \_\_\_\_\_ 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 responsable legal del menor

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre de Médico Certificador

\_\_\_\_\_  
Timbre y Firma