

**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