

**CONCURSO PREVENCIÓN DE ESCARAS
E INFECCIONES DE HERIDAS**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA USO DE IMÁGENES Y
DATOS CLÍNICOS**

Lugar y fecha: _____, a ____ de _____ de 20

Datos del Paciente (o Representante Legal):

- **Nombre completo:**

- **Fecha de nacimiento / Edad:** _____ **Teléfono:**

Datos del proponente

- **Nombre completo:** _____
- **Escolaridad:** _____
- **Lugar de residencia:** _____
- **a) Profesional ()**
- **b) Familiar ()**
- **c) Estudiante ()**
- **d) Otro ()**
Especifique: _____

1. Propósito e Información

Se me ha explicado de manera clara y comprensible que se planea recopilar y utilizar mi información clínica (historial, diagnósticos, tratamiento, entre otros) y/o material gráfico (fotografías, radiografías, videos u otro tipo de registros visuales) obtenidos durante mi atención clínica.

El propósito de esta divulgación es exclusivamente:

- **Publicación en plataformas de divulgación de la Asociación de Hospitales sin Infecciones.**

2. Privacidad y Anonimato

Se me ha garantizado que los responsables protegerán mi identidad. **No se revelará mi nombre** ni ningún dato de identificación personal directo en los materiales publicados o presentados. En el caso de fotografías clínicas donde aparezcan rasgos distintivos o el rostro, se tomarán las medidas técnicas necesarias (como enmascaramiento o pixelado) para evitar que sea reconocido/a, a menos que sea estrictamente indispensable para el valor científico del caso y se apruebe expresamente.

3. Naturaleza Voluntaria y Revocación

Comprendo que mi participación es totalmente **voluntaria**. Asimismo, entiendo que puedo **revocar** este consentimiento en cualquier momento antes de la publicación o difusión del material, sin necesidad de dar ninguna explicación.

4. Declaración y Consentimiento

He leído y comprendido la información anterior. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido respondidas satisfactoriamente. Por lo tanto, **autorizo libre y voluntariamente** el uso de mis datos clínicos e imágenes para los fines descritos: [\[1\]](#)

- **Sí** ☐ **No** ☐ Autorizo el uso de mis datos clínicos.
 - **Sí** ☐ **No** ☐ Autorizo el uso de fotografías, videos o imágenes diagnósticas.
-

Firma del Paciente o Representante Legal

(En caso de menores de edad o pacientes incapacitados) [\[1\]](#)

Firma del informante.
