

A continuación se reflejan “modelos” de **CONSENTIMIENTOS/AUTORIZACIONES** para Concurso Fotográfico, sobre SEGURIDAD del PACIENTE.

Existen 2 modelos:

a) Modelo 1: A la persona NO se la puede identificar.

Es el consentimiento que se debe utilizar cuando se realiza la foto de una persona pero no se la puede identificar (por ej. si fotografiamos a una persona a la que se le está tomando el pulso pero solo se le ve una parte del cuerpo, o está de espaldas, etc.)

A su vez, este modelo puede subdividirse en:

- Modelo 1A: para personas adultas (mayores de 18 años), con capacidad jurídica.
- Modelo 1B: para personas menores de 18 años y/o sin capacidad jurídica.

a) Modelo 2: A la persona SÍ se la puede identificar o reconocer

Es el que se debe utilizar en el caso de que la persona pueda ser identificable o reconocible. (fotografiamos a una persona a la que se la puede reconocer).

Como en el caso anterior, este modelo puede subdividirse en:

- Modelo 2A: para personas adultas (mayores de 18 años), con capacidad jurídica.
- Modelo 2B: para personas menores de 18 años y/o sin capacidad jurídica.

Modelo 1A:

CONSENTIMIENTO/AUTORIZACIÓN DE PERSONA MAYOR DE 18 AÑOS DE EDAD Y CON CAPACIDAD JURIDICA

De conformidad con los arts 1 y 2 de la Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen,

D./Dña. _____ ,

autoriza a D./Dña. _____ , que presta

servicios con la categoría profesional de _____ , en el Área

de Salud Valladolid Oeste, a que le realice fotografías, que no le identifican, para su presentación en el primer Concurso Fotográfico “Seguridad del Paciente” que se desarrollará en la citada Área de Salud.

Valladolid, a _____ de _____ de 20 _____ .

FIRMA de la Persona que concede la autorización

D/Dña.

Modelo 1B:

CONSENTIMIENTO/AUTORIZACIÓN DE PERSONA MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD Y SIN CAPACIDAD JURIDICA

De conformidad con los arts 1 y 2 de la Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen,

D./Dña. _____, en su condición

de padre, madre o tutor del paciente D./Dña.

_____, autoriza a D./Dña.

_____, que presta servicios con la categoría profesional

de _____, en el Área de Salud Valladolid Oeste, a que le realice fotografías, que no le identifican, para su presentación en el primer Concurso Fotográfico "Seguridad del Paciente" que se desarrollará en la citada Área de Salud.

Valladolid, a _____ de _____ de 20 _____.

FIRMA de la Persona que concede la autorización

D./Dña.

Modelo 2A:

CONSENTIMIENTO/AUTORIZACIÓN DE PERSONA MAYOR DE 18 AÑOS DE EDAD Y CON CAPACIDAD JURIDICA

De conformidad con los arts 1 y 2 de la Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen,

D./Dña. _____ ,

autoriza a D./Dña. _____ , que presta

servicios con la categoría profesional de _____ , en el Área

de Salud Valladolid Oeste, a que le realice fotografías, donde se le identifica, para su presentación en el primer Concurso Fotográfico "Seguridad del Paciente" que se desarrollará en la citada Área de Salud.

En el caso de que las fotografías sean seleccionadas serán incluidas en el banco de imágenes de este Área de Salud y expuestas en el vestíbulo principal de este Hospital y en un calendario.

Valladolid, a _____ de _____ de 20 _____ .

FIRMA de la Persona que concede la autorización

D/Dña.

Modelo 2B:

CONSENTIMIENTO/AUTORIZACIÓN DE PERSONA MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD Y SIN CAPACIDAD JURIDICA

De conformidad con los arts 1 y 2 de la Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen,

D./Dña. _____, en su condición

de padre, madre o tutor del paciente D./Dña.

_____, autoriza a D./Dña.

_____, que presta servicios con la categoría profesional

de _____, en el Área de Salud Valladolid Oeste, a que le realice fotografías, donde se le identifica, para su presentación en el primer Concurso Fotográfico “Seguridad del Paciente” que se desarrollará en la citada Área de Salud.

En el caso de que las fotografías sean seleccionadas serán incluidas en el banco de imágenes de este Área de Salud y expuestas en el vestíbulo principal de este Hospital y en un calendario.

Valladolid, a _____ de _____ de 20 _____.

FIRMA de la Persona que concede la autorización

D./Dña.