

Henry Flores A.



F 537

Miembro Titular de la Sociedad Boliviana de Ortopedia y Traumatología
Miembro Titular de la Asociación de Cirugía de Cadera y Rodilla de Bolivia, Filial Santa Cruz
Miembro Re Certificado Consultor de la Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología
Miembro de la Asociación Argentina para el estudio de la Cadera y la Rodilla
Miembro de la Asociación Americana de Cirujanos de Cadera y Rodilla
Docente Ayudante de la 1ª Cátedra de Ortopedia y Traumatología de la Universidad de Buenos Aires.

Consentimiento informado para la filmación o fotografías de las cirugías y/o procedimientos y/o piezas anatómicas de los pacientes

Diagnóstico:.....

Se me ha explicado que la filmación o fotografías de los procedimientos, cirugías, piezas anatómicas y de los mismos pacientes son con fin: científico, académico, clínico e incluso a solicitud del paciente o su representante legal/tutor, sólo se podrá hacer con la autorización escrita del paciente o de su representante legal/tutor.

Estos documentos, tanto el consentimiento como el material gráfico (filmación o fotografías) pasarán a ser parte integrante de la ficha clínica de los pacientes y como tal quedan bajo la tuición y custodia de el Cirujano y sólo podrán ser usados para los fines para los que fueron autorizados.

Además he podido formular las preguntas que he creído conveniente, y me han aclarado todas las dudas planteadas.

Bajo estos conceptos consiento que las cirugías y/o procedimientos y/o piezas anatómicas de mi persona puedan ser filmados o fotografiados y en tales condiciones. DOY MI CONSENTIMIENTO, CONSIENTO Que se filme o fotografíe las cirugías, procedimientos, y aspectos anatómicos de mi patología, para ser usados con fines: Científicos, clínicos, docencia u otro. Resguardando el respeto a mi identidad y confidencialidad de mis datos.

Yo, Sr/a. _____ doy mi consentimiento, declaro estar debidamente informado/a, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr. Henry Flores y Equipo Asimismo, he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

En la Ciudad de Santa Cruz, a ____ de _____ de 202__

TESTIGO
C.I.
MN.

PACIENTE
C.I.

MEDICO

REPRESENTANTE LEGAL
C .I.

Consultorio 1: Ñuflo de Chávez 717 / Consultorio 2: Hospital Martin Dockweiler, Piso 5
Consultorio 3: Clínica Metropolitana de las Américas, Piso 1
WhatsApp 00 591 70889813 / 6206538
@ drhenryflores@hotmail.com www.drhenryflorescaderayrodilla.com.bo
Santa Cruz de la Sierra
Bolivia