



SOCIEDAD ARGENTINA DE DERMATOLOGÍA

Sociedad Argentina de Dermatología
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Consentimiento informado para la publicación de datos personales e imágenes

Mediante el presente otorgo mi consentimiento para que la Sociedad Argentina de Dermatología pueda utilizar todo el material de mi historia clínica, mis imágenes, mis estudios complementarios, mis fotos clínicas y cualquier otro tipo de información inherente a la enfermedad en curso que me afecta, que mi médico considere pertinente, para ser publicado en medios de difusión científica como libros y revistas, congresos presenciales o virtuales, y/o páginas web con fines científicos y docentes.

He sido informado/a y comprendo que mi identidad se mantendrá en anonimato; es decir que no serán publicados nombres, apellidos o documentos que me puedan identificar, tanto en el texto como en las imágenes. Del mismo modo se protegerán en las fotos las partes del cuerpo que no tengan relevancia didáctica, como los ojos, para mantener mi privacidad. Esta autorización incluye la publicación de esta información en idioma español y/o inglés, y su traducción a otros idiomas, impresa, en formato electrónico o cualquier otra configuración, utilizada en la actualidad y en el futuro.

He sido informado/a y comprendo que esta información está destinada principalmente a los médicos, aunque podrá también estar dirigida a pacientes, con propósitos informativos, educativos y académicos, y será de acceso libre para la población general.

Entiendo que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento antes de la publicación.

A través de esta vía, manifiesto a la Sociedad Argentina de Dermatología haber entendido y aprobado lo mencionado con anterioridad.

Nombre y Apellido del paciente: _____

Documento Nacional de Identidad: _____

Nombre y Apellido del tutor legal: _____

Documento Nacional de Identidad: _____

Domicilio: _____

Teléfono de contacto: _____

Firma: _____

Fecha: _____