

Consentimento para registo médico fotográfico

Nome do doente: _____

Data: _____

Assinalar se o doente for menor de idade ou impossibilitado de dar consentimento

Autorizo o meu registo médico fotográfico, ou do meu filho(a), ou pessoa por quem sou legalmente responsável. Compreendo que esta informação poderá ser utilizada para efeitos de documentação no meu processo clínico, para ensino médico ou para publicação científica, em particular:

- Dou o meu consentimento para que esta(s) fotografia(s) seja(m) utilizada(s) em publicações médicas, como: revistas, livros de texto e publicações eletrónicas online, incluindo sites dedicados a conteúdo médico. Compreendo que estas imagens poderão ser vistas pelo público geral, para além de médicos e investigadores que recorrem regularmente a estas publicações para a sua formação. Ainda que as imagens não sejam publicadas com elementos identificadores (como o nome), admito que possa vir a ser reconhecido(a) através delas.

Compreendo que não receberei qualquer pagamento relativo ao registo médico fotográfico. A recusa em consentir o registo médico fotográfico não influencia os cuidados médicos que me são prestados. Se futuramente me surgir alguma questão, ou se desejar retirar o consentimento de registo médico fotográfico poderei contactar: _____

Ao assinar este formulário confirmo que as condições do consentimento me foram explicadas em termos que compreendo.

Assinatura do doente/responsável legal: _____

Assinatura do médico: _____