

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Por la presente doy mi consentimiento voluntariamente al Dr.....
..... y a la Sociedad Argentina de Reumatología para la difusión, distribución
y/o publicación por cualquier medio que consideren necesario, de las imágenes que
puedan identificarme y/o relacionarse directa o indirectamente con mi identidad y que
correspondan a mi enfermedad

He podido comprender la información suministrada por el Dr.....
..... en relación a la importancia del uso de imágenes para la educación de
estudiantes y médicos en el campo de la Reumatología.

Que las mismas son fundamentales para mejorar y aumentar el conocimiento de las
enfermedades reumáticas tanto para profesionales no especializados como para especia-
listas.

Que las mismas integrarán una Colección de Imágenes en Reumatología de la SAR y
serán utilizadas por sus socios y otros profesionales exclusivamente para fines educati-
vos.

Que tanto el Dr..... como la Sociedad Argentina de Reu-
matología mantendrán siempre la confidencialidad de mis datos personales, incluso
luego de la publicación o difusión de mis imágenes.

He leído y comprendo esta declaración de consentimiento informado y he tenido la
oportunidad de formular preguntas y comprender todas las respuestas recibidas a las
mismas.

Firma del paciente Fecha

Nombre y apellido

Firma del médico de cabecera Fecha

Nombre y apellido

Firma del padre, madre o representante legal Fecha

(en caso de pacientes menores de 21 años)

Nombre y apellido