

**AUTORIZACIÓN DE PACIENTE ADULTO PARA DIFUSIÓN DE SU IMAGEN PARA
FINES CIENTÍFICOS Y EDUCACIONALES**

D.

mayor de edad, paciente del Hospital ,
en pleno uso de mis facultades mentales y, en mi propio nombre y derecho, ante los
facultativos del servicio de COT del Hospital comparezco y digo:

Que, por las circunstancias de mi proceso, se ha propuesto la obtención de mi imagen
en el transcurso de una intervención quirúrgica el próximo
para su difusión con fines educativos y de carácter científico

Que conozco y se me ha informado del derecho que asiste a todo enfermo de la
confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia
en el Hospital, reconocido en la Ley General de Sanidad (Artículo 10.3, Ley 14/1986 de
25 de abril) y en la Ley de Autonomía del Paciente y de Información y Documentación
Clínica (Caps. 1 y 3, Ley 41/2002 de 14 de noviembre).

Que, no obstante lo antedicho, dado el carácter divulgativo y el interés social de las
informaciones, la ausencia de menoscabo en la honra o reputación o que sea contrario
a mis propios intereses, y de conformidad con lo establecido en el artículo 3.1 de la Ley
Orgánica 1/1982 de 5 de mayo, y 162.1 del Código Civil, otorgo expresamente el
consentimiento para la obtención de mi imagen.

Lo que comunico a todos los efectos previstos en la legislación vigente,

Firmado (Nombre y rúbrica)