

Fecha de obtención del CI: _____

Hipótesis Diagnóstica: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente: _____ Rut: _____

Representante legal (si corresponde): _____ Rut: _____

En conformidad a lo establecido en la **LEY 19.628** Sobre protección de la vida privada (Título I, artículo 4) y **LEY 20.584** que Regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud (Título II, párrafo 2, artículo 5, letra c) y artículo 60º de **REGLAMENTO INTERNO** de Clínica Ciudad del Mar de Octubre 2013, la institución resguarda el respeto, protección de la vida privada y honra de las personas durante su atención de salud en nuestras dependencias.

En determinados tratamientos, procedimientos o intervenciones puede ser necesaria la toma de fotografías, grabaciones o filmaciones por razones clínicas para lo que se requerirá autorización escrita del paciente o de su representante legal.

En tales condiciones **CONSIENTO y AUTORIZO** la **TOMA DE FOTOGRAFÍAS, GRABACIONES Y/O FILMACIONES** durante mi proceso de atención de salud en Pabellón CMA Centro Médico Bosques de Clínica Ciudad del Mar.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal