



CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE IMÁGENES DE MENORES E INCAPACES

Don/Dña _____,

mayor de edad, con D.N.I. número _____, domiciliado en _____

_____, en la C/. _____,

número _____, como: ☐ padre ☐ madre ☐ representante legal del/de la

☐ menor _____
(nombre y apellidos del menor)

☐ incapaz _____
(nombre y apellidos del incapaz)

ingresado en el Hospital Universitario "Reina Sofía" de Córdoba, **otorga su consentimiento** para que se puedan **obtener** y **utilizar** o **difundir** imágenes de mi hijo/a o representado/a, por el siguiente medio:

- ☐ Exclusivamente fotográfico ☐ Exclusivamente por filmación
☐ Exclusivamente por fotográfico y por filmación ☐ Por cualquier medio.
☐ Exclusivamente por _____ (indicar el/los medio/s)

por el citado **Hospital**, el **Servicio Andaluz de Salud** o la **Consejería de Salud y Bienestar Social** de la Junta de Andalucía, siempre que ello no comporte ningún riesgo para su salud, ni se conozca, en ningún caso, ningún dato personal del/de la mismo/a que permita su identificación, para los siguientes fines:

- ☐ Científicos y docentes: publicaciones científicas, libros de texto, congresos o reuniones científicas, sesiones clínicas, etc.
☐ Profesionales: publicaciones profesionales internas, material de divulgación profesional, etc.
☐ Divulgativos: publicaciones de divulgación científica, medios de comunicación social (prensa, revistas, televisión, cine, ...), etc.
☐ Otros: _____
(especificar los fines)

Asimismo, autorizo al Hospital para que ponga en conocimiento del Ministerio Fiscal el consentimiento que otorgo, el cual surtirá plenos efectos si el Ministerio Fiscal no se opusiera, en el plazo de 8 días, al mismo.

Y para que conste, firmo el presente consentimiento en Córdoba, a ____ de _____ 20 ____.

Fdo.: _____

SR DIRECTOR-GERENTE DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "REINA SOFÍA" DE CÓRDOBA



CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE IMÁGENES DE MAYORES DE EDAD

Don/Doña _____,
mayor de edad, con D.N.I. número _____, domiciliado en _____
_____, en la C/. _____,
número _____,

ingresado en el Hospital Universitario "Reina Sofía" de Córdoba, **otorga su consentimiento** para que se puedan **obtener** y **utilizar** o **difundir** imágenes mías, por el siguiente medio:

- ☐ Exclusivamente fotográfico ☐ Exclusivamente por filmación
☐ Exclusivamente por fotográfico y por filmación ☐ Por cualquier medio.
☐ Exclusivamente por _____ (indicar el/los medio/s)

por el citado **Hospital**, el **Servicio Andaluz de Salud** o la **Consejería de Salud y Bienestar Social** de la Junta de Andalucía, siempre que ello no comporte ningún riesgo para mi salud, y

- ☐ no se conozca, en ningún caso, ningún otro dato personal que permita mi identificación,
☐ autorizo a que se conozcan datos personales que permitan mi identificación,

- ☐ incluida
☐ excluida } la imagen de mi cara

para los siguientes fines:

- ☐ Científicos y docentes: publicaciones científicas, libros de texto, congresos o reuniones científicas, sesiones clínicas, etc.
☐ Profesionales: publicaciones profesionales internas, material de divulgación profesional, etc.
☐ Divulgativos: publicaciones de divulgación científica, medios de comunicación social (prensa, revistas, televisión, cine, ...), etc.
☐ Otros: _____
(especificar los fines)

Y para que conste, firmo el presente consentimiento en Córdoba, a ____ de _____ 20 ____.

Fdo.: _____

SR DIRECTOR-GERENTE DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "REINA SOFÍA" DE CÓRDOBA