

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FOTOGRAFIAR LESIONES
(Código procedimiento: 13743)

D/Dª:, con DNI/NIE:
 En caso de, su representante legal:
 D./Dª:, con DNI/NIE:
 en calidad de:, con domicilio:

DECLARO

Que el Dr./la Dra.:
 del Centro/Servicio Sanitario:

me ha explicado la conveniencia de realizar fotos de las lesiones que presento, para que:

- Sean facilitadas en sobre cerrado al juzgado correspondiente, acompañando al parte al juzgado de guardia para la comunicación de asistencia sanitaria por lesiones y sirvan de prueba en las actuaciones legales pertinentes.
- Salvo consentimiento expreso, dichas fotos no podrán ser utilizadas para otros fines.
- He comprendido las explicaciones que me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el personal facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y ha aclarado todas las dudas que le he planteado.
- También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, **OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE FOTOGRAFÍAS DE LAS LESIONES QUE PRESENTO CON LA FINALIDAD DE:**

- Ser facilitadas en sobre cerrado al Juzgado correspondiente SÍ NO

En a de de

Fdo. D/Dº

Firma del Personal
Facultativo responsable

Fdo. Representante legal

EN CASO DE REVOCACIÓN:

D/Dª:, con DNI/NIE:
 con domicilio:
 En caso de, su representante legal:
 D./Dª:, con DNI/NIE:
 en calidad de:, con domicilio:
 Revoco el consentimiento prestado en fecha / /

Lo que firmo, en a de

Fdo. D/Dº

Firma del Personal
Facultativo responsable

Fdo. Representante legal

ILMO/A. SR/A. MAGISTRADO/A - JUEZ/A DEL JUZGADO DE GUARDIA

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:

- a) La persona responsable del tratamiento de sus datos personales es: (1)
- b) Podrá contactar con el/la Delegado/a de Protección de Datos en la dirección electrónica: (2)
- c) Los datos personales que nos proporciona son necesarios para la gestión del Partes de Lesiones, con la finalidad de cumplir con la obligación legal de poner en conocimiento de los Juzgados o Tribunales la asistencia sanitaria por lesiones recibidas en un centro sanitario, cuya base jurídica es artículo 6.1.c) del Reglamento General de Protección de Datos, cumplimiento de una obligación legal, recogida en el Real decreto de 14 de septiembre de 1882 por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal.
- d) Los datos serán cedidos al Juzgado de Guardia u otras autoridades judiciales, a la Consejería de Salud y Familias y a terceros por obligaciones legales.
- e) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento, como se explica en la información adicional.

La información adicional detallada, así como el formulario para la reclamación y/o ejercicio de derechos se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica: (3)

- 1.- En caso de tratarse de un Centro Público, el responsable será la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados del SAS, cuya dirección es Avda. de la Constitución, 18. 41071 Sevilla. En caso de tratarse de un Centro Privado, será cumplimentado debidamente.
- 2.- En caso de tratarse de un Centro Público, dpd.sspa@juntadeandalucia.es. En caso de tratarse de un Centro Privado, será cumplimentado debidamente.
- 3.- En caso de tratarse de un Centro Público, <http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos> En caso de tratarse de un Centro Privado, será cumplimentado debidamente.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FOTOGRAFIAR LESIONES
(Código procedimiento: 13743)

D/Dª:, con DNI/NIE:
 En caso de, su representante legal:
 D./Dª:, con DNI/NIE:
 en calidad de:, con domicilio:

DECLARO

Que el Dr./la Dra.:
 del Centro/Servicio Sanitario:

me ha explicado la conveniencia de realizar fotos de las lesiones que presento, para que:

- Sean facilitadas en sobre cerrado al juzgado correspondiente, acompañando al parte al juzgado de guardia para la comunicación de asistencia sanitaria por lesiones y sirvan de prueba en las actuaciones legales pertinentes.
- Salvo consentimiento expreso, dichas fotos no podrán ser utilizadas para otros fines.
- He comprendido las explicaciones que me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el personal facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y ha aclarado todas las dudas que le he planteado.
- También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, **OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE FOTOGRAFÍAS DE LAS LESIONES QUE PRESENTO CON LA FINALIDAD DE:**

- Ser facilitadas en sobre cerrado al Juzgado correspondiente SÍ NO

En a de de

.....
 Fdo. D/Dº

.....
 Firma del Personal
 Facultativo responsable

.....
 Fdo. Representante legal

EN CASO DE REVOCACIÓN:

D/Dª:, con DNI/NIE:
 con domicilio:
 En caso de, su representante legal:
 D./Dª:, con DNI/NIE:
 en calidad de:, con domicilio:
 Revoco el consentimiento prestado en fecha / /

Lo que firmo, en a de de

.....
 Fdo. D/Dº

.....
 Firma del Personal
 Facultativo responsable

.....
 Fdo. Representante legal

ILMO/A. SR/A. MAGISTRADO/A - JUEZ/A DEL JUZGADO DE GUARDIA

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:

- a) La persona responsable del tratamiento de sus datos personales es: (1)
- b) Podrá contactar con el/la Delegado/a de Protección de Datos en la dirección electrónica: (2)
- c) Los datos personales que nos proporciona son necesarios para la gestión del Partes de Lesiones, con la finalidad de cumplir con la obligación legal de poner en conocimiento de los Juzgados o Tribunales la asistencia sanitaria por lesiones recibidas en un centro sanitario, cuya base jurídica es artículo 6.1.c) del Reglamento General de Protección de Datos, cumplimiento de una obligación legal, recogida en el Real decreto de 14 de septiembre de 1882 por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal.
- d) Los datos serán cedidos al Juzgado de Guardia u otras autoridades judiciales, a la Consejería de Salud y Familias y a terceros por obligaciones legales.
- e) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento, como se explica en la información adicional.

La información adicional detallada, así como el formulario para la reclamación y/o ejercicio de derechos se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica:

- (3)
- 1.- En caso de tratarse de un Centro Público, el responsable será la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados del SAS, cuya dirección es Avda. de la Constitución, 18. 41071 Sevilla. En caso de tratarse de un Centro Privado, será cumplimentado debidamente.
- 2.- En caso de tratarse de un Centro Público, dpd.sspa@juntadeandalucia.es. En caso de tratarse de un Centro Privado, será cumplimentado debidamente.
- 3.- En caso de tratarse de un Centro Público, <http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos> En caso de tratarse de un Centro Privado, será cumplimentado debidamente.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FOTOGRAFIAR LESIONES
(Código procedimiento: 13743)

D/Dª:, con DNI/NIE:
 En caso de, su representante legal:
 D./Dª:, con DNI/NIE:
 en calidad de:, con domicilio:

DECLARO

Que el Dr./la Dra.:
 del Centro/Servicio Sanitario:

me ha explicado la conveniencia de realizar fotos de las lesiones que presento, para que:

- Sean facilitadas en sobre cerrado al juzgado correspondiente, acompañando al parte al juzgado de guardia para la comunicación de asistencia sanitaria por lesiones y sirvan de prueba en las actuaciones legales pertinentes.
- Salvo consentimiento expreso, dichas fotos no podrán ser utilizadas para otros fines.
- He comprendido las explicaciones que me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el personal facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y ha aclarado todas las dudas que le he planteado.
- También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, **OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE FOTOGRAFÍAS DE LAS LESIONES QUE PRESENTO CON LA FINALIDAD DE:**

- Ser facilitadas en sobre cerrado al Juzgado correspondiente SÍ NO

En a de de

.....
 Fdo. D/Dº

.....
 Firma del Personal
 Facultativo responsable

.....
 Fdo. Representante legal

EN CASO DE REVOCACIÓN:

D/Dª:, con DNI/NIE:
 con domicilio:
 En caso de, su representante legal:
 D./Dª:, con DNI/NIE:
 en calidad de:, con domicilio:
 Revoco el consentimiento prestado en fecha / /

Lo que firmo, en a de de

.....
 Fdo. D/Dº

.....
 Firma del Personal
 Facultativo responsable

.....
 Fdo. Representante legal

ILMO/A. SR/A. MAGISTRADO/A - JUEZ/A DEL JUZGADO DE GUARDIA

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:

- a) La persona responsable del tratamiento de sus datos personales es: (1)
- b) Podrá contactar con el/la Delegado/a de Protección de Datos en la dirección electrónica: (2)
- c) Los datos personales que nos proporciona son necesarios para la gestión del Partes de Lesiones, con la finalidad de cumplir con la obligación legal de poner en conocimiento de los Juzgados o Tribunales la asistencia sanitaria por lesiones recibidas en un centro sanitario, cuya base jurídica es artículo 6.1.c) del Reglamento General de Protección de Datos, cumplimiento de una obligación legal, recogida en el Real decreto de 14 de septiembre de 1882 por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal.
- d) Los datos serán cedidos al Juzgado de Guardia u otras autoridades judiciales, a la Consejería de Salud y Familias y a terceros por obligaciones legales.
- e) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento, como se explica en la información adicional.

La información adicional detallada, así como el formulario para la reclamación y/o ejercicio de derechos se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica:

- 1.- En caso de tratarse de un Centro Público, el responsable será la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados del SAS, cuya dirección es Avda. de la Constitución, 18. 41071 Sevilla. En caso de tratarse de un Centro Privado, será cumplimentado debidamente.
- 2.- En caso de tratarse de un Centro Público, dpd.sspa@juntadeandalucia.es. En caso de tratarse de un Centro Privado, será cumplimentado debidamente.
- 3.- En caso de tratarse de un Centro Público, <http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos> En caso de tratarse de un Centro Privado, será cumplimentado debidamente.