



**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA USO DE IMAGEN Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**NOMBRE COMPLETO:**

---

**DOCUMENTO OFICIAL DEL PARTICIPANTE:**

---

**NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE:**

---

**NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR LEGAL (SI APLICA):**

---

**DOCUMENTO OFICIAL DE IDENTIFICACIÓN DEL RESPONSABLE:**

---

**TRABAJO A REALIZAR (breve resumen):**

Uso de las tecnologías Mölnlycke, indicadas para el tratamiento y prevención de heridas, además de la recopilación de datos clínicos e imágenes del área donde se aplique la tecnología para seguimiento de la evolución del cuadro clínico estudiado.

\_\_\_\_\_, día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

(Firma)



Declaro que he sido debidamente informado(a), de forma clara y comprensible, sobre el uso de imágenes y datos clínicos relacionados con mi atención de salud para fines exclusivos de elaboración y publicación de un REPORTE DE CASO científico.

### **1. CONCESIÓN E IDENTIFICACIÓN DEL CONTROLADOR**

El(la) firmante concede a Molnlycke Health Care ("Mölnlycke"), incluyendo todas sus afiliadas, autorización para captar, tratar, utilizar, reproducir y divulgar las imágenes y los datos clínicos descritos en este documento, exclusivamente para las finalidades científicas y educativas aquí previstas.

### **2. OBJETO DE LA AUTORIZACIÓN**

Autorizo la captura, utilización y divulgación de:

- a) Imágenes de la herida/lesión y del área anatómica correspondiente al sitio estudiado, siempre que no incluyan imagen facial o cualquier elemento que permita mi identificación directa.
- b) Datos clínicos contenidos en el expediente médico, tales como edad (o rango de edad), sexo, diagnóstico clínico, antecedentes relevantes, comorbilidades, enfermedades previas, evolución clínica, conductas terapéuticas y desenlaces.

No se autoriza el uso de voz, testimonios o imagen facial del paciente en el alcance de este documento.

### **3. FINALIDAD**

Las imágenes y datos clínicos serán utilizados exclusivamente para la elaboración de un reporte de caso, con finalidad científica y educativa, incluyendo:

- Publicación en revistas científicas nacionales e internacionales;
- Envío a revistas indexadas y bases de datos académicas;
- Presentación en congresos, simposios y eventos científicos;
- Clases, capacitaciones y materiales educativos dirigidos a profesionales de la salud.

### **4. PUBLICACIÓN EN JOURNALS INTERNACIONALES**

Estoy consciente de que el reporte podrá publicarse en revistas científicas nacionales o internacionales, en formato impreso o digital, incluso en plataformas de acceso abierto (open access).

Comprendo que, aunque se adopten todas las medidas razonables para garantizar mi



no identificación, no es posible asegurar anonimato absoluto en publicaciones científicas.

## **5. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES**

Declaro estar consciente de que no se divulgarán nombre completo, número de documento, domicilio, número de expediente ni cualquier dato que permita mi identificación directa. La identificación será realizada por codificación u otro método de seudonimización, sin divulgar elementos que permitan identificación directa.

El tratamiento observará la legislación aplicable en materia de protección de datos personales en la jurisdicción en que se encuentre el paciente, incluidas las disposiciones relativas a datos personales sensibles.

## **6. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL**

Estoy consciente de que podrá haber transferencia internacional de datos para fines de publicación científica, respetando los requisitos legales aplicables y garantizando medidas técnicas y organizacionales adecuadas para la protección de los datos.

## **7. AUSENCIA DE REMUNERACIÓN**

Declaro que esta autorización se concede de forma gratuita y no genera ningún derecho a compensación económica.

## **8. DERECHO DE REVOCACIÓN**

Estoy consciente de que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento mediante solicitud formal. La revocación no afectará tratamientos realizados previamente de forma legítima ni publicaciones ya efectuadas.

## **9. DECLARACIÓN FINAL**

Declaro que recibí las aclaraciones necesarias, tuve oportunidad de resolver dudas y comprendí el contenido de este documento, autorizando de forma libre e inequívoca el uso de imágenes y datos clínicos conforme a los términos arriba descritos.

Esta autorización no implica renuncia a derechos fundamentales del paciente, limitándose estrictamente a las finalidades científicas y educativas aquí descritas.



## **CONTACTO**

En caso de dudas sobre el procesamiento de sus datos por Mölnlycke, contacte:

**MOLNLYCKE HEALTH CARE AB**

Dirección: Mölnlycke Health Care AB, P.O. Box 13080, SE-402 52 Gothenburg,  
Sweden

Correo electrónico: [privacy@molnlycke.com](mailto:privacy@molnlycke.com)

Teléfono: +46 31 722 30 00