



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA UTILIZACIÓN CON FINES EDUCATIVOS,  
DE IMÁGENES, VIDEOS Y AUDIO DE PACIENTES EN PROGRAMAS DOCENTES  
DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA (SAP)**

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Nombre y Apellido), DNI N° \_\_\_\_\_  
y \_\_\_\_\_ (Nombre y Apellido), con domicilio en  
\_\_\_\_\_; en nuestro carácter de \_\_\_\_\_ del niño/a  
\_\_\_\_\_ (paciente), DNI \_\_\_\_\_, por la presente prestamos nuestro expreso  
consentimiento para que se obtengan del paciente mencionado, imágenes, videos y audios, de  
cuerpo entero incluyendo la cara, para ser utilizados con fines docentes, en los cursos de la  
Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), destinados a la formación y educación continua de los  
profesionales miembros del equipo de salud pediátrico.

Es condición del consentimiento, que no se publiquen nuestros nombres ni los del paciente; que  
se mantenga el anonimato de la identidad y de los datos personales en las imágenes y en el texto;  
que se arbitren los medios para impedir identificar al paciente en las imágenes; y que no se  
difunda el material al público en general por ningún medio de difusión.

Asimismo aceptamos que podremos revocar el consentimiento en cualquier momento antes de la  
edición del curso, pero que no podremos hacerlo una vez que la información haya sido editada.

El/la Dr./Dra. \_\_\_\_\_ nos ha informado que aunque revoquemos el  
consentimiento, el paciente igualmente seguirá recibiendo atención médica con la misma  
dedicación y compromiso como hasta ahora.-

También manifestamos que hemos entendido y aceptado los alcances del consentimiento.

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del profesional