

SOCIEDAD PERUANA DE ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA (SPOQ)

CONGRESO SPOQ 2026 – PIURA

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA USO DE FOTOGRAFÍA Y VIDEO CON FINES EDUCATIVOS

1. Propósito de la autorización

Mediante el presente documento, el paciente autoriza al Centro _____, al médico tratante y a la Sociedad Peruana de Oncología Quirúrgica (SPOQ) a registrar fotografías y/o videos relacionados con su procedimiento médico o quirúrgico.

Estas imágenes podrán ser utilizadas exclusivamente con fines educativos, científicos y académicos, incluyendo:

- Presentaciones en congresos científicos
- Actividades académicas organizadas por la SPOQ
- Material educativo para formación médica
- Videoteca científica de procedimientos quirúrgicos

2. Confidencialidad y protección de identidad

Se tomarán todas las medidas razonables para proteger la identidad del paciente. Las imágenes serán presentadas sin información personal identificable siempre que sea posible. La SPOQ no tendrá acceso a información personal del paciente más allá de las imágenes autorizadas.

3. Naturaleza voluntaria del consentimiento

La autorización otorgada mediante este documento es completamente voluntaria.

La decisión de aceptar o rechazar esta autorización:

- No afectará la calidad de su atención médica
- No modificará su tratamiento
- No generará beneficios económicos ni compensación

4. Uso de las imágenes

Las imágenes podrán utilizarse para:

- Educación médica
- Difusión científica
- Presentaciones académicas
- Publicaciones educativas
- Material de entrenamiento médico

No se utilizarán con fines comerciales directos.

5. Riesgos potenciales

El riesgo asociado con esta autorización es mínimo. Sin embargo, existe una posibilidad remota de divulgación accidental de la identidad del paciente, a pesar de las medidas adoptadas para protegerla.

6. Declaración de autorización

Declaro que he leído y comprendido la información contenida en este documento, he tenido la oportunidad de realizar preguntas y autorizo voluntariamente el uso de las imágenes relacionadas con mi procedimiento para los fines educativos y científicos descritos.

Firmas

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Nombre del médico responsable: _____

Firma del médico: _____

Fecha: _____