**CONSENTIMIENTO DE USO DE DATOS**

En ……………………………………………………..………… , el día ……….. de …………………….. de 20...….

Presto conformidad para que todo el material de la historia clínica, imágenes y cualquier otro tipo de información acerca del paciente mencionado a continuación sea compartido con colegas médicos con el fin de realizar una interconsulta. De ser necesario, esto incluye, aunque sin limitarse, a credenciales de acceso a la plataforma web donde estén los estudios médicos que sean necesarios compartir con el interconsultor.

Nombre del paciente: ……………………………………………………………………………….

A través de este medio manifiesto a la persona o institución correspondiente que he entendido y aprobado lo mencionado con anterioridad.

Documento de identidad (tipo y número):…………………………….………………

Firma: …………………………………………………………….. Fecha: ……………...……………

Firma y sello del profesional……………………….…………………………..………………