

Termo de Consentimento para Documentação Fotográfica

Instituição: _____

Profissional responsável (nome/registro/contato):

Dados do paciente e responsável legal

Paciente: _____ Nasc.: ____/____/____

Documento: _____

Responsável: _____

Parentesco: _____

Contato: _____

Documento: _____

Finalidade

Uso clínico (prontuário, comunicação de equipe, planejamento/seguimento): () Sim () Não

Uso científico/educacional (anonimizado): () Sim () Não

Especificar (teses, aulas, congressos, banco de dados):

Privacidade e segurança

Armazenamento seguro, acesso restrito, anonimização para qualquer uso público ou acadêmico.

Restrições/observações do responsável:

Direitos

Pode recusar, interromper, solicitar exclusão, restringir usos e receber cópia das imagens.

Assinaturas

Responsável: _____ Data: ____/____/____

Profissional: _____ Data: ____/____/____

Testemunha (se necessário): _____ Data: ____/____/____

Cópia entregue ao responsável em ____/____/____ por _____

Protocolo interno nº _____

Local de arquivamento: _____