



## AUTORIZACIÓN DE USO Y CESIÓN DE IMÁGENES Y DATOS MÉDICOS DE LOS PACIENTES PARA SU DIVULGACIÓN CON FINES ASISTENCIALES, DOCENTES Y/O CIENTÍFICOS

(Ley 11.723 –Artículo 31–, Ley 25326; Artículo 53 del Código Civil y Comercial de la Nación. Leyes 26.529 y 26742 / Decreto Reglamentario 1089/2012)

**Nota:** El diseño y contenido de esta autorización, evaluada y aprobada por el Consejo Argentino de Oftalmología, es autoría del Prof. Dr. Roberto Borrone. Su texto original no debe ser modificado.

### MARCO LEGAL

*Ley 11723 Régimen legal de la Propiedad Intelectual Art 31: “El retrato fotográfico de una persona no puede ser puesto en el comercio sin consentimiento expreso de la persona misma y muerto ésta, de su cónyuge e hijos o descendientes directos de éstos, o en su defecto, del padre o la madre. Faltando el cónyuge, los hijos, el padre o la madre, o los descendientes directos de los hijos, la publicación es libre. La persona que haya dado su consentimiento puede revocarlo resarciendo daños y perjuicios. Es libre la publicación del retrato cuando se relacione con fines científicos, didácticos y en general culturales, o con hechos o acontecimientos de interés público o que se hubieran desarrollado en público.”*

*Ley 25326 (Hábeas data: “protección de datos personales”). Artículo 5: “El tratamiento de datos personales es ilícito cuando el titular no hubiere prestado su consentimiento libre, expreso e informado, el que deberá constar por escrito o por otro medio que permita se le equipare, de acuerdo a las circunstancias”. Artículo 7: “ninguna persona puede ser obligada a proporcionar datos sensibles. Podrán ser tratados con finalidades estadísticas o científicas cuando no puedan ser identificados sus titulares.” Artículo 8 (Datos relativos a la salud) “Los establecimientos sanitarios públicos o privados y los profesionales vinculados a las ciencias de la salud pueden recolectar y tratar los datos personales relativos a la salud física o mental de los pacientes que acudan a los mismos o que estén o hubieren estado bajo tratamiento de aquéllos respetando los principios del secreto profesional”.*

*Art 53 del Código Civil y Comercial de la Nación “Derecho a la imagen”: para captar o reproducir la imagen o la voz de una persona, de cualquier modo, que se haga, es necesario su consentimiento, excepto en los siguientes casos: a) [...]; b) que exista un interés científico, cultural o educacional prioritario, y se tomen las precauciones suficientes para evitar un daño innecesario; c) [...].”*

Por la presente AUTORIZO a \_\_\_\_\_ a utilizar imágenes de mi cuerpo o partes de mi cuerpo, incluyendo mi rostro (utilizando registros clínicos, fotografías, filmaciones, registros audiovisuales o de cualquier otra clase, así como mi información clínica -historia clínica-), manteniendo bajo reserva mis datos de identidad, como mi nombre y apellido, número de documento, fecha de nacimiento, etc. Se me ha informado que se aplicará a mis datos clínicos un procedimiento de disociación de la información, de modo que el titular de los datos sea inidentificable (es decir que los datos que se difundan no permitirán conocer mi identidad).

Todo ello se realizará exclusivamente con fines asistenciales, docentes y científicos. Esto incluye su presentación en clases, conferencias, seminarios, “Webinars” (seminarios médicos por internet) y congresos, así como su publicación en revistas y libros científicos, incluyendo cualquier forma y medio de difusión, distribución, edición, reproducción, publicación, adaptación y/o impresión, por cualquier medio y formato, por sí o por medio de terceros.

\_\_\_\_\_  
Tte. Gral. Perón 1479, PB  
(C1037ACA), Buenos Aires  
(+5411) 4374-5400, líneas rotativas  
secretaria@oftalmologos.org.ar

\_\_\_\_\_  
WWW.OFTALMOLOGOS.ORG.AR



Se me ha explicado que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa no afectará las posibilidades de recibir atención médica.

Declaro que acepto y comprendo que NO recibiré contraprestación alguna en relación a la presente autorización, siendo libre y gratuito el uso de la imagen y datos con fines exclusivamente asistenciales, docentes y científicos, tal como surge de la normativa (marco legal) transcrito previamente en este documento, por lo que renuncio expresa e incondicionalmente a reclamar compensación alguna al respecto.

En la Ciudad de \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

En caso de menores de edad o personas con capacidad restringida:

Nombre y apellido del paciente: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Firma del representante legal o apoyo: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Tte. Gral. Perón 1479, PB  
(C1037ACA), Buenos Aires  
(+5411) 4374-5400, líneas rotativas  
secretaria@oftalmologos.org.ar