

CONSENTIMIENTO PARA USOS NO ASISTENCIALES DE DATOS E IMAGEN

Consentimiento explícito, granular y revocable, arts. 6.1.a y 9.2.a RGPD · LO 1/1982

Este documento es **independiente** de la cláusula informativa (documento 03) y del consentimiento informado clínico de la Ley 41/2002. **No se firma para recibir el tratamiento médico ni condiciona la asistencia.** Recoge únicamente los usos que la asistencia no ampara. Cada finalidad se consiente por separado. Marcar SÍ o NO en cada casilla. Dejar una casilla sin marcar equivale a no consentir esa finalidad.

Responsable del tratamiento: [Nombre y apellidos de la médica], NIF []. [Dirección del centro]. Contacto: [email].

Paciente: - Nombre y apellidos: [] - DNI/NIE: [] - *(Si es menor o persona con capacidad modificada)* Representante legal: [] · DNI/NIE: [] · en calidad de: []

Advertencia previa (léala antes de firmar)

- Consentir el uso de una fotografía **con fin médico o de seguimiento no autoriza a publicarla.** La foto clínica forma parte de su historia clínica y tiene una finalidad distinta. Para publicar cualquier imagen suya hace falta el consentimiento específico que se recoge más abajo.
 - Puede consentir unas finalidades y rechazar otras. **Su decisión no afecta a la calidad ni a la disponibilidad de su tratamiento.**
 - Puede **retirar** cualquiera de estos consentimientos en todo momento, sin necesidad de justificarlo y sin coste, comunicándolo a [email]. La retirada no afecta a los usos ya realizados de forma lícita antes de la revocación.
-

BLOQUE A, COMUNICACIONES Y MARKETING

Base jurídica: art. 6.1.a RGPD (consentimiento) y art. 21 LSSI-CE.

A.1. Comunicaciones comerciales Consiento recibir información sobre servicios, tratamientos, promociones y novedades del centro. Canal: Email SMS WhatsApp Llamada telefónica - **SÍ, consiento** **NO consiento**

A.2. Recordatorios y comunicaciones no comerciales (*citás, seguimiento, encuestas de satisfacción*) Canal: Email SMS WhatsApp Llamada telefónica - **SÍ, consiento** **NO consiento**

Conservación: hasta que retire el consentimiento o solicite la baja. Cada comunicación comercial incluirá un medio sencillo de oposición.

BLOQUE B, USO DE IMAGEN CLÍNICA (fotografía y/o vídeo)

Naturaleza de los datos: la imagen asociada a un tratamiento médico es un **dato de salud (categoría especial)**. Su uso fuera de la asistencia requiere **consentimiento explícito (art. 9.2.a RGPD)** y consentimiento por el **derecho a la propia imagen (LO 1/1982)**. Por eso cada uso se consiente por separado.

Marque, para cada finalidad, si consiente y en qué condiciones.

B.1. Redes sociales del centro (*indicar cuáles: Instagram, Facebook, TikTok, YouTube, otras: []*) - **SÍ, consiento** **NO consiento** - Tratamiento de la imagen: Sin difuminar (rostro identificable) Con rostro difuminado/parcial - Formato: Foto Vídeo “Antes y después”

B.2. Página web y portfolio del centro - **SÍ, consiento** **NO consiento** - Tratamiento de la imagen: Sin difuminar Con rostro difuminado/parcial

B.3. Publicidad y materiales promocionales (*folletos, anuncios, cartelería, ferias*) - **SÍ, consiento** **NO consiento**

B.4. Fines docentes, formativos o científicos (*cursos, congresos, publicaciones profesionales*) - **SÍ, consiento** **NO consiento** - Requiero anonimización íntegra (sin rasgos identificables)

B.5. Testimonio (*uso de mi imagen junto a una valoración o reseña sobre el resultado*) - **SÍ, consiento** **NO consiento**

Condiciones comunes a las imágenes (Bloque B): - **Alcance:** las imágenes podrán mostrar [zona anatómica tratada / rostro / cuerpo], según lo marcado. Ámbito de difusión: []. -

Duración del consentimiento: Indefinida hasta revocación Hasta [fecha]. -

Revocación y retirada: si retiro el consentimiento, el centro **retirá las imágenes** de los soportes que controle, sin dilación indebida. En redes de terceros, retirará las publicaciones sobre las que tenga capacidad de actuación; las republicaciones o descargas por terceros ajenos al centro pueden no ser plenamente reversibles, y de ello se me informa. - **Sin**

contraprestación / sin cesión a terceros no indicados: el centro no cederá mis imágenes a terceros distintos de los soportes aquí consentidos ni las usará con fines distintos. -

Anonimización: recortar o difuminar el rostro puede no ser suficiente para impedir la identificación (tatuajes, marcas, contexto); si la imagen sigue siendo identificable, mantiene la condición de dato personal y le aplica este consentimiento.

Declaración y firma

Declaro que he leído y comprendido esta información, que he podido preguntar mis dudas, y que **presto o deniego** mi consentimiento para cada finalidad en los términos marcados.

Reconozco que este documento es distinto del consentimiento informado del acto médico y de la información general de protección de datos, y que **mi tratamiento no depende de lo que aquí consienta.**

(En caso de menor de 14 años o persona con capacidad modificada, firma el representante legal.)

Paciente / Representante legal: []

DNI/NIE: [] · Fecha: [] · Firma:

Registro interno (uso del centro)

- Versión del documento informado entregada: []
- Soporte del consentimiento (papel/digital) y ubicación de la prueba: []
- Fecha de eventual revocación: [] · Acciones de retirada ejecutadas: []