SURGICAL BRIDGES FOR CHILDREN

Consentimiento para fotos e informes

Borrador · Versión 18/11/2026. Antes de utilizarlo, complete todos los campos entre corchetes, haga revisar los datos y entregue una copia a la persona interesada.

1. Proyecto y responsable del tratamiento

Responsable: Surgical Bridges, [nombre oficial, forma jurídica y dirección a efectos de notificaciones].

Contacto para consultas y retirada del consentimiento: [correo electrónico y dirección postal].

Contacto de protección de datos, si se ha designado: [datos de contacto].

Proyecto o actividad, lugar y fecha: _____

Código de referencia sin datos de pacientes: _____

Persona interesada (nombre):

_____

Finalidad y motivo o tema previsto: _____

Fotos, declaraciones o partes del texto afectadas: _____

Restricciones específicas: _____

2. Para qué doy mi consentimiento voluntario

Marque solo las casillas que correspondan. Una casilla vacía significa que no da su consentimiento. Para publicar también debe marcar el canal correspondiente en el apartado 3.

[ ] Autorizo a Surgical Bridges a fotografiarme, guardar las imágenes para su selección y editarlas con la finalidad indicada.

[ ] Autorizo a Surgical Bridges a recoger, editar y, si procede, traducir mis declaraciones para el informe indicado.

[ ] Mi nombre puede mencionarse de la siguiente forma: _____.

Sin consentimiento para mencionar el nombre, no habrá atribución nominal. Los datos del informe deben evitar que se identifique a pacientes.

3. Dónde puede publicar Surgical Bridges

La selección se aplica únicamente al material y a la finalidad indicados. Marque las fotos y el informe por separado para cada canal.

Área interna de miembros en surgicalbridges.org: [ ] Fotos [ ] Informe

Sitio web público surgicalbridges.org: [ ] Fotos [ ] Informe

Material impreso [título, tirada y destinatarios]: [ ] Fotos [ ] Informe

Otros canales [plataforma, cuenta, destinatarios, ubicación de los datos y, si procede, transferencia internacional y garantías]: [ ] Fotos [ ] Informe

Fin de la publicación o criterios para determinarlo: [fecha o criterios concretos].

Surgical Bridges solicitará un consentimiento separado para nuevas finalidades o canales. El contenido público puede verse, copiarse y compartirse en todo el mundo. Antes de firmar, Surgical Bridges debe completar los datos del proveedor concreto para los demás canales.

4. Protección de datos y retirada del consentimiento

El tratamiento marcado se basa en el consentimiento voluntario conforme al art. 6.1.a del RGPD. Su elección no afecta a la atención, el apoyo, la membresía ni la participación. Solo las personas autorizadas pueden acceder a las fotos, los borradores y el comprobante. Destinatarios y proveedores: [indicar entidades y funciones]. Ubicación de los datos y posibles transferencias internacionales: [indicar, incluidas las garantías disponibles y cómo obtenerlas]. Conservación de originales, publicaciones y comprobante: [indicar el plazo o los criterios para cada uno].

Puede retirar todo o parte de su consentimiento en cualquier momento mediante el contacto del apartado 1. La retirada no afecta a la licitud del tratamiento anterior. Surgical Bridges cesará el uso correspondiente y retirará el contenido de los canales que controla. Los ejemplares impresos ya distribuidos y las copias de terceros pueden seguir existiendo. Puede ejercer, en particular, los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación y, cuando proceda, portabilidad. Puede presentar una reclamación ante una autoridad de protección de datos. Autoridad competente: [nombre y contacto].

5. Firmas

He podido hacer preguntas. Confirmo mis elecciones. Se me ha ofrecido una copia de esta declaración.

Lugar y fecha:

_____

Firma de la persona interesada: _____

Para menores de edad: Firman quienes tengan la representación legal conforme a las normas aplicables. Se informa y escucha al menor de una forma adecuada para su edad. Si el menor se opone, se prescinde de la toma o el uso.

Nombre, función y firma del representante legal 1: _____

Nombre, función y firma del representante legal 2, si es necesario: _____

Información y opinión del menor documentadas por: _____

Nota interna para Surgical Bridges. No guarde en el portal imágenes de pacientes identificables, datos de salud ni sus comprobantes firmados. Conserve los formularios cumplimentados exclusivamente en el archivo seguro designado por la asociación.