

CONSENTIMIENTO INFORMADO

REGISTRO FOTOGRÁFICO

Fecha:

NOMBRE:

CC:

I. INFORMACIÓN SOBRE LA ACTIVIDAD A REALIZAR

La toma de registro fotográfico busca identificar los riesgos a los que esta expuesto el personal que trabaja en la central de esterilización al realizar la manipulación manual de los contenedores con material de osteosíntesis implantable, información que será utilizada única y exclusivamente con fines académicos, para llevar a cabo el diseño de un "Manual de procesos para el manejo de material de osteosíntesis implantable en el área operativa de las centrales de esterilización en la ciudad de Bogotá con especialidad en ortopedia".

II. DECLARACIÓN DEL ENCUESTADO

Declaro que se me ha explicado en términos comprensibles en qué consiste el registro fotográfico, que se va a tomar, doy mi consentimiento libre y espontáneo para la realización del mismo,

Comprendo que para la efectividad y logro de los objetivos buscados de la investigación, es indispensable mi colaboración. Manifiesto que han sido aclaradas todas mis dudas e inquietudes, en palabras claras y fácilmente comprensibles.

Por otra parte, me han informado sobre el derecho que tengo de rechazar la realización de la encuesta y registro fotográfico y revocar el presente consentimiento en cualquier momento.

MANIFIESTO QUE HE LEÍDO EN SU INTEGRIDAD EL PRESENTE DOCUMENTO Y QUE
TODOS LOS ESPACIOS EN
BLANCO PRECEDENTES HAN SIDO DILIGENCIADOS ANTES DE LA FIRMA DEL MISMO.

Firma

III. RECHAZO DE LA ACTIVIDAD A REALIZAR

Una vez comprendida en su integridad la información suministrada sobre la actividad denominada registro fotográfico, manifiesto mi rechazo frente a la realización del mismo

Firma

Firma del personal a cargo del documento