



World Federation of Societies of Anaesthesiologists

Uniting anaesthesiologists around the world for the enhancement of patient care

Consentimiento para el concurso de fotografía de la WFSA abril 2021

Acerca de la WFSA

La Federación Mundial de Sociedades de Anestesiólogos (WFSA) es la principal alianza global de anestesiólogos, los médicos especialistas dedicados al cuidado completo del paciente antes, durante y después de cirugía. La WFSA une a los anestesiólogos alrededor del mundo para mejorar la atención a los pacientes y aumentar su acceso a una atención anestesiológica y de medicina perioperatoria segura.

La WFSA usa fotos, videos y audios para evidenciar el trabajo de los anestesiólogos durante su cuidado clínico, su formación y aprendizaje. Estas sirven para explicar el rol que los anestesiólogos juegan para lograr la seguridad de los pacientes así como para ilustrar los materiales educativos que la WFSA crea o emplea

La WFSA está registrada en los Estados Unidos como una empresa sin ánimo de lucro 501(c)(3) (EIN 13-3211128), y en el Reino Unido y Gales, la WFSA UK está registrada como una empresa sin ánimo de lucro (1166545)

Consentimiento

Al consentir el ser fotografiado entiendo que no recibiré pago por ninguna de las partes. El rechazar ser fotografiado de ninguna manera afectará la atención médica que recibiré. Si tengo alguna pregunta o deseo retirar mi consentimiento en el futuro puedo contactar al personal de la Federación Mundial de Sociedades de Anestesiólogos (WFSA) al correo electrónico comms@wfsahq.org

Consiento que estas fotografías sean usadas sin ánimo comercial exclusivamente por la WFSA en su sitio web, publicaciones y redes sociales.

Aunque estas fotografías van a ser utilizadas sin datos identificatorios como mi nombre, entiendo que es posible que alguien me reconozca.

Tendré la oportunidad de ver las imágenes o grabaciones antes de firmar este consentimiento.

Al firmar abajo, confirmo que este formato de consentimiento se me ha sido explicado en los términos que comprendo:

Nombre del participante :

Firma del participante :

Fecha:.....

Confirmando que he explicado la naturaleza y el propósito de tomar estas fotografías al participante citado arriba

Nombre del anestesiólogo :

Firma del anestesiólogo :

Fecha :.....