

Curso de Especialização - Medicina de Família e Comunidade

Consentimento informado para autorização de registro em vídeo da entrevista médica para fins de aprendizado de habilidades de comunicação clínica.

Eu, _____

Declaro que o/a Dr.la _____ me informou que:

1. A consulta médica de hoje será registrada na forma de vídeo-gravação.
2. A finalidade do registro é unicamente a aprendizagem do profissional e em nenhum caso será utilizado para outras finalidades.
3. O profissional que me atende (Dr.la _____), poderá analisar o registro com outros profissionais com a finalidade de melhorar suas habilidades de comunicação.
4. Somente será gravada a conversa entre eu e meu médico(a), não o exame físico.
5. O material registrado formará parte de um arquivo pessoal, que será guardado em sigilo sob responsabilidade do profissional que grava a entrevista.
6. Poderei manifestar a qualquer momento desejo de revogar esta autorização e assim o material será destruído.
7. Posso negar a gravação em vídeo e isso não interferirá no meu atendimento, que se realizará como o habitual.
8. Após a gravação desta minha consulta ser utilizada na sessão de aprendizado, seu arquivo será destruído.

Desta forma, autorizo o registro em vídeo da consulta médica.

(nome do paciente)

(nome do médico)

_____, _____ de _____ de 20____.
(local)