

Encuesta de Opinión sobre Fotografía Médica

Estimado paciente:

Para nosotros es importante conocer su opinión y su disposición en relación a la fotografía médica: aquella que el médico hace de ciertas afecciones o lesiones de la piel, por supuesto, si el paciente lo autoriza.

El cuestionario es confidencial, no es necesario que coloque su nombre. Si quiere darnos su opinión, por favor responda las siguientes preguntas:

1.- ¿Cree que las fotografías médicas son útiles?

Si No No lo sé

Si cree que lo son, ¿para qué serían útiles?

2.- Para el diagnóstico de la lesión en mi persona

Si No

3.- Para el diagnóstico de otras personas

Si No

4.- Para hacer seguimiento del tratamiento

Si No

5.- Para que el médico consulte el caso con colegas

Si No

¿Autorizaría usted la fotografía en las siguientes circunstancias?

6.- La lesión es grave - maligna

Si autorizaría No autorizaría Tendría dudas

7.- La lesión es grande - extensa

Si autorizaría No autorizaría Tendría dudas

8.- La lesión está localizada en la cara

Si autorizaría No autorizaría Tendría dudas

9.- La lesión se localiza en los genitales

Si autorizaría No autorizaría Tendría dudas

10.- Las fotografías serán tomadas por su médico

Si autorizaría No autorizaría Tendría dudas

11.- Las fotografías serán tomadas por otro médico

Si autorizaría No autorizaría Tendría dudas

12.- Las fotografías serán tomadas por una enfermera o enfermero

Si autorizaría No autorizaría Tendría dudas

13.- Las fotografías serán hechas por un fotógrafo

Si autorizaría No autorizaría Tendría dudas

14.- Otros motivos por los que dudaría (explique)

15.- ¿Alguno de sus médicos ya le ha tomado fotografías de su piel?

Si No

16.- ¿Algún médico ha tomado fotos de la piel de algún familiar?

Si No No lo se

17.- Si en las próximas consultas el médico le solicita autorización para fotografiar alguna lesión de su piel,

¿le autorizaría?

Marque solo una de las tres posibilidades.

Si, sin duda lo autorizaría No lo sé. Tendría dudas No lo autorizaría

18.- En caso de no autorizar, ¿cuáles serían los motivos?

Marque todos los que correspondan a su situación

No me gusta que me tomen fotos

Mi religión no me permite ser fotografiado

Desconfío del uso que se dará a las fotos

19.- Otros motivos por los que no autorizaría (explique)

Para terminar, algunos datos sobre usted

20.- Servicio al que acude hoy

21.- Edad

22.- Sexo Varón Mujer

23.- Estado Civil Soltero/a Casado/a
 Divorciado/a Viudo/a
 Viviendo en pareja

24.- Último grado de estudios _____

25.- Ciudad o pueblo de residencia _____

26.- País de origen _____

27.- Ocupación actual _____

28.- Si es pensionista, ocupación que
desempeñaba al retirarse _____

29.- Cuál es su religión? _____

30.- ¿Es usted prácticante de su religión? Si No

Muchas gracias por su tiempo