



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE VALORACION DEL DAÑO CORPORAL

D/Dª

con DNI nº _____, por el presente documento **DECLARA** conocer que el motivo de su consulta a este despacho, **Peritaciones Médicas J. Alberto González**, es el estudio de viabilidad de su caso y la emisión del correspondiente informe médico pericial, si procede.

Por ello **AUTORIZA** a Peritaciones Médicas J. Alberto González a que se utilice la información que usted nos facilite y de la que se pueda obtener de los informes médicos y pruebas complementarias facilitadas, incluyendo el uso de las fotografías que se estimen oportunas o de aquellas otras que se obtengan dentro de los marcos legales.

AUTORIZA, igualmente, a los profesionales de Peritaciones Médicas J. Alberto González a que puedan intervenir en su caso, para que estos accedan, estudien e incluso realicen copias de la información médica y pruebas diagnósticas relativas al lesionado/a, cuyo conocimiento sea preciso para la realización de esta peritación.

Asimismo, **RECONOCE** que se le ha advertido de que el informe solicitado se elaborará en base a exclusivos condicionamientos científicos y médico-legales, prometiendo decir verdad y actuando con la mayor objetividad posible, describiendo y valorando la situación del lesionado/a con absoluta imparcialidad e independencia.

En el caso de aportar documentos, pruebas diagnósticas, fotografías o similares se entenderá que podrá recogerlos en un plazo no superior al mes desde la fecha de finalización del informe pericial. Caso contrario, se entenderá que renuncia formalmente a los mismos y se procederá a su destrucción.

En consecuencia, **ACEPTA** ser valorado y otorga **SU CONFORMIDAD** a que se le practiquen las exploraciones clínicas y pruebas complementarias que se consideran precisas al objeto de la pericia y, en virtud de la Legislación vigente, **AUTORIZA** expresamente para que se proceda al tratamiento de sus datos personales según la L.O.P.D. 30/1992.

En _____, de _____ del _____

Fdo.

DNI: