

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARTICIPACIÓN EN CONCURSO DE DIBUJO  
EN CONMEMORACIÓN DEL DÍA DEL  
DONANTE DE SANGRE DEL HOSPITAL BASE  
SAN JOSÉ OSORNO 2023

Por medio del presente, Yo:

\_\_\_\_\_

autorizo a mi hija/o a participar en el concurso de dibujo 2023 del Banco de sangre del Hospital Base San José Osorno.

Autorizo la publicación de dicho dibujo durante el concurso, redes sociales y además en la página web del hospital, en contexto de conmemoración del día del donante de sangre.

### MADRE/ PADRE

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

### NOMBRE HIJA/O

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_