

FORMULARIO SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE CASO CLINICO

Completar digitalmente todos los ítems del formulario. Si alguno de ellos no es pertinente, indicar "NA" (no aplica)

Fecha presentación solicitud:

1. IDENTIFICACION DE LA PUBLICACION

Título de la publicación:

Nombre Investigador Responsable:

Correo electrónico IR:

teléfono IR:

Centro:

Servicio/Departamento:

Este estudio de casos ¿Ha sido presentado a otro Comité Ético Científico del país?

SI

Indique a cuál o cuáles:

NO

2. TIPO DE PRESENTACIÓN. Marque las categorías pertinentes

Caso clínico único

Serie de casos

Nº de casos

Observaciones:

3. NOMINA EQUIPO INVESTIGADOR

Nombre	Profesión	Función en la investigación	Tiempo dedicado Horas semanales

4. MARCO TEÓRICO Y PROPÓSITO DE LA PUBLICACION DEL CASO

Máximo 1 pág.

Presentar antecedentes generales, explicar hipótesis y propósitos de la publicación.

FORMULARIO SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE CASO CLINICO

Completar digitalmente todos los ítems del formulario. Si alguno de ellos no es pertinente, indicar "NA" (no aplica)

5. MATERIALES Y MÉTODOS. Máximo 1 pág.	Mencionar aspectos a los que se exponga a la persona participante de la publicación como revisión de ficha clínica, registros, exámenes, datos personales u otros. Especifique N° de fichas a revisar.

6. JUSTIFICACION. Máximo 1 pág.	Explique la justificación e importancia de la publicación de este(os) caso(s).

7. ASPECTOS ETICOS. Seleccione la opción pertinente.		SI	NO	NO APLICA
7.1.	La publicación aquí considerada beneficiará directa o indirectamente a los pacientes participantes. Especifique si su respuesta es SI .			
		SI	NO	NO APLICA
7.2.	La publicación será conocida por los pacientes participantes. Especifique porqué si su respuesta es NO .			
		SI	NO	NO APLICA
7.3.	¿Tienen los investigadores afiliación o algún compromiso económico o de otra naturaleza con alguna compañía o institución no especificada que pudiera estar interesada en beneficiarse con la publicación de este(os) caso(s)? Especifique si su respuesta es SI . Indique la naturaleza del compromiso			
		SI	NO	NO APLICA
7.4	Este estudio ¿utiliza revisión de fichas, encuestas, entrevistas u otras formas para obtener datos personales directamente desde el o los casos publicados? Especifique si su respuesta es SI			

FORMULARIO SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE CASO CLINICO

Completar digitalmente todos los ítems del formulario. Si alguno de ellos no es pertinente, indicar "NA" (no aplica)

		SI	NO	NO APLICA
7.5.	La revisión de fichas, encuestas, entrevistas u otros, serán realizadas bajo consentimiento informado . Especifique si su respuesta es NO .			
		SI	NO	NO APLICA
7.6.	¿La obtención de los datos personales expone a los participantes en alguna situación que pueda vulnerar su dignidad, causar daño emocional, moral u otro? Especifique			
		SI	NO	NO APLICA
7.7	La publicación especifica el destino de los datos personales y asegura confidencialidad . Especifique cadena de custodia de datos y restricciones a su uso.			
		SI	NO	NO APLICA
7.8	La publicación considera la inclusión de individuos vulnerables. Señale medidas de protección en caso de vulnerabilidad.			
		SI	NO	NO APLICA
7.9.	¿Existen algunas otras consideraciones éticas que deban ser evaluadas? Especifique si su respuesta es SI .			