

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA GRABACION DE VIDEO EN ESTUDIO CLÍNICO

Título del estudio:	
Nombre Investigador Responsable:	
Unidad/Departamento/Servicio:	
Centro:	
Teléfono IR:	
Correo electrónico IR:	
Estudio patrocinado por (si fuere el caso):	
Consentimiento Informado Versión N°	Fecha: 00/00/0000

- Por el presente instrumento, dejo constancia que he recibido del Dr..... la información respecto de un video de grabación de mi persona (*o de mi representado/a*) con fines de investigación médica relativos al estudio de la referencia.
La información que he recibido ha sido la adecuada, la he comprendido, habiéndose contestado todas mis dudas respecto de los motivos que hacen necesaria la grabación del video.
- Consiento en que se me grabe (*o a mi representado/a*) para el propósito de
El término "grabación" incluye
- Las personas autorizadas para grabar mi persona son.....
y la grabación puede ser vista por.....
- Entiendo que se dispondrá de este material para los fines descritos y se mantendrá dicha información con los debidos resguardos confidenciales frente a terceros ajenos a sus fines.
- Entiendo que no recibiré reembolso por la grabación del video.
- Entiendo que la negación de consentimiento a la grabación del video no afectará de ninguna manera la atención médica que se me proporcionará (*o a mi representado/a*).
- Entiendo que una vez firmado este consentimiento puedo revocarlo cuando lo desee y que esta autorización expirará el día
- Al momento de la firma, se me entrega una copia firmada de este documento.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA GRABACION DE VIDEO EN ESTUDIO CLÍNICO

9. Se me ha informado que cualquier pregunta que desee hacer con relación a mi participación en este estudio será respondida por el Investigador Responsable, cuyos datos de contacto se encuentran al inicio de este documento. También podré resolver mis dudas comunicándome con el Presidente del Comité Ético Científico de Clínica Santa María: Dr. Agustín Espejo García - Teléfono: 2 2913 2847
Correo electrónico: comite.eticocientifico@clnicasantamaria.cl

**Otorgo mi consentimiento para la grabación de un video de mi persona
(o mi representado/a del/a cual soy responsable):**

Nombre del paciente	RUT	Firma	Fecha	Hora
<p>..... Nombre del representante o testigo (si fuese pertinente)</p> <p>..... relación con el paciente</p>	RUT	Firma	Fecha	Hora
Nombre del profesional autorizado que explica el Consentimiento Informado	RUT	Firma	Fecha	Hora
Nombre del Investigador Responsable	RUT	Firma	Fecha	Hora
Nombre director de la institución/ delegado	RUT	Firma	Fecha	Hora

Este documento sólo es válido si cuenta con la autorización y timbre del Comité Ético Científico de Clínica Santa María.