

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PUBLICACION DE CASO CLÍNICO

Título del caso a reportar:	
Nombre Investigador Responsable:	
Unidad/Departamento/Servicio:	
Centro:	
Teléfono Investigador Responsable:	
Correo electrónico Investigador Responsable:	
Consentimiento Informado Versión N°	Fecha Consentimiento Informado : 00/00/0000

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

OBJETIVO

El propósito de este consentimiento es que Ud. se informe y tome una decisión respecto si autoriza el uso de sus datos (*o los de su representado*) contenidos en la ficha clínica, para la publicación de un caso clínico en revistas científicas-médicas, docencia universitaria y/o en eventos científicos con fines exclusivamente académicos.

AUTORIZACIÓN

Consiste en que Ud. autorice al profesional solicitante para que publique datos de **su ficha clínica** y/o exámenes complementarios (*especificar*)
Según sea el caso, también se le podrán tomar fotografías para ser usadas exclusivamente en la presentación del caso clínico.

CONFIDENCIALIDAD

No será revelado su nombre ni su Cedula Nacional de Identidad o RUT.
En caso de utilizar fotografías se tomarán medidas para que su rostro no sea identificado.

BENEFICIOS

La presentación de su caso no tiene beneficios directos para Ud.

RIESGOS

La presentación de su caso no conlleva riesgos para usted

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PUBLICACION DE CASO CLÍNICO

VOLUNTARIEDAD

Ud. es libre de aceptar o rechazar que sus datos clínicos sean presentados en el caso que se reporta. Sea cual sea su decisión la atención de salud requerida para usted **no** se verá afectada.

CONSULTAS Y DERECHOS DEL PACIENTE

Cualquier pregunta que usted desee hacer en relación a su participación en esta publicación será respondida por el Investigador Responsable cuyos datos de contacto se encuentran al inicio de este documento.

Cualquier pregunta que usted desee hacer en relación a sus derechos como participante de la presente publicación puede comunicarse con el Presidente del Comité Ético Científico de Clínica Santa María Dr. Manuel Delgado Ramos – comite.eticocientifico@clnicasantamaria.cl – tel 229132847.

FIRMA DEL CONSENTIMIENTO

En caso que Ud. autorice este consentimiento informado, en señal de aceptación deberá firmarlo conjuntamente con el profesional solicitante en la hoja que sigue.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PUBLICACION DE CASO CLÍNICO

HOJA DE FIRMAS

He leído la información, *o se me ha leído*. He tenido la oportunidad de hacer preguntas al/a profesional quien ha respondido satisfactoriamente. Consiento de manera voluntaria a que se utilice la información contenida en mi ficha clínica (*o la de mi representado/a*) y los documentos asociados (*especificar*) de la manera y para los propósitos indicados previamente en este formulario.

Los espacios que siguen van escritos de puño y letra por los firmantes

Nombre del paciente	RUT	Firma	Fecha	Hora
..... Nombre del representante o testigo (si fuere pertinente)				
relación con el paciente	RUT	Firma	Fecha	Hora
Nombre del investigador autorizado que explica el Consentimiento Informado	RUT	Firma	Fecha	Hora
Nombre director de la institución o 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.