

**ASENTIMIENTO INFORMADO PARA
PRESENTACIÓN Y/O PUBLICACIÓN DE CASOS CLÍNICOS**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: ___/___/___

Nombre del Paciente (Yo)	
R.U.T del Paciente o participante	
Nombre del Representante Legal o Familiar Responsable	
R.U.T del Representante Legal o Familiar Responsable	

INFORMACIÓN

La presentación de casos clínicos en reuniones, congresos y/o publicaciones son importantes para dar a conocer enfermedades poco frecuentes y evoluciones inesperadas, así como imágenes, exámenes y/o tratamientos novedosos que permiten acumular experiencia y entregar valiosa información a la comunidad médica y de especialistas sobre ésta condición de salud.

Es por esto que se utilizará la información clínica, imágenes y antecedentes resguardando la confidencialidad de su identidad.

No se publicarán sus nombres y se intentará, en todo lo que sea posible, mantener su privacidad.

Esta autorización comprende la publicación en idioma español y su traducción al inglés u otro idioma.

No habrá incentivos para usted o su representado.

Puede revocar su consentimiento en cualquier momento antes de la publicación, pero una vez se encuentre en imprenta éste ya no será posible.

Tiene derecho a retractarse en cualquier momento sin que esto afecte de ninguna forma su condición de paciente ni los cuidados médicos que debe tener.

Le será entregado el nombre de un investigador responsable que se puede contactar fácilmente.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO _____ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre el **Asentimiento Informado Para Presentación y/o Publicación de Casos Clínicos,** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

Y EN TALES CONDICIONES, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA LA PRESENTACIÓN Y/O PUBLICACIÓN DE CASOS CLÍNICOS, por el Dr.(a)_____.

Obtención de Consentimiento	FECHA firma del consentimiento: ____/____/____	HORA:
Su caso clínico, será presentado y/o publicado en:		
Nombre del participante y Firma Paciente o Representante Legal		
Domicilio del participante		
Teléfono o celular del participante		
Correo electrónico del participante		
Nombre y firma de un investigador responsable		

Se entrega una copia al paciente
Se guarda una copia para Registros Clínicos