**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Caso Clínico**

.

Titulo:

Investigador responsable:

Mediante el presente documento se le solicita acceso a sus datos clínicos, dado que tiene una patología o enfermedad poco frecuente. Para ello, se tomarán los datos y las imágenes que ya se encuentren en su ficha, y podría ser contactada por vía telefónica por el investigador responsable, en el caso que surgiera alguna duda.

Entendiendo que:

1. No hay **posibles riesgos** en ello, ya que no implica ningún procedimiento adicional. Y sus datos personales serán salvaguardados, anonimizando sus datos e imágenes.
2. **Posibles beneficios**. No tiene ningún beneficio personal.
3. **Revocación del consentimiento**: Podrá retirar su consentimiento en cualquier momento que Ud. lo desee, sin ser obligado(a) a dar razones y sin que esto perjudique mi calidad de paciente. Sin embargo, no se podrán retirar los datos que ya hayan sido publicados
4. **Publicación científica y confidencialidad**: Los resultados de este estudio de caso clínico pueden ser publicados, pero su identidad no será revelada y sus datos clínicos permanecerán en forma confidencial, a menos que su identidad sea solicitada por ley, en conformidad en lo establecido Ley Nº 19.628, sobre protección de la vida privada.

Cualquier pregunta que quiera hacer con relación a mi participación en este estudio deberá ser contestada por el Investigador Responsable cuyos datos de contacto se encuentran al inicio de este documento. También podré resolver mis dudas al Presidente del Comité de Ética Científica E. Matrona. Astrid Arriagada Ramírez en el teléfono: (+562)229766095 anexo-26863.

Al firmar el presente documento, declaro que:

1. Se le ha explicado y ha entendido lo señalado precedentemente.
2. Su consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzado u obligado.
3. Se le ha explicado que tiene derecho a revocar su consentimiento para participar en este estudio, sin que ello genere para usted, pérdida de ninguna especie.

NOMBRE DEL INVESTIGADOR:

FECHA: FIRMA:

NOMBRE DEL PARTICIPANTE:

FECHA: FIRMA:

DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN O SU MINISTRO DE FE:

FECHA: FIRMA:

*REVOCACION*

Con esta fecha, revoco mi consentimiento de participar en este estudio.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE:

FECHA: FIRMA: