



CONSENTIMIENTO INFORMADO Reporte de Caso Clínico

Anexo N° 13B

Título:

Investigador Responsable:

Invitación:

El propósito de este documento de Consentimiento Informado es que usted se informe y solicitar su autorización para la publicación de sus datos clínicos, o los de su representado, contenidos en la ficha clínica, relativos a XXXXXXXXXXXXXXXX (Especificar el Caso Clínico) en revistas científica sobre el tema de salud que se describe, entrevistas científicas-médicas, docencia universitaria o en eventos científicos con fines exclusivamente académicos.

Antes de autorizar lea todo este documento tome el tiempo que necesite para decidir, lea detenidamente la información que sigue y no dude en hacer las preguntas que desee al médico que se lo está explicando, a su familia o amigos.

Al participar en este estudio, usted autoriza que los datos obtenidos de su ficha clínica, como asimismo, sus exámenes y/o imágenes sean utilizados con fines académicos. (ej: presentaciones y trabajos en congresos, artículos en revista médicas, clases teóricas) manteniendo en anonimato su identidad.

- A) **Posibles riesgos del estudio** para los sujetos participantes: No considera procedimientos invasivos, ni riesgos para los participantes.
- B) **Posibles beneficios.** La publicación del caso clínico no ofrece beneficios directos para Ud. o para su representado. Si n perjuicio de lo anterior, su autorización para publicar su caso clínico podría generar beneficios para la ciencia y para la atención de salud de otros pacientes.
- C) **Revocación del consentimiento:** Usted podrá retirarse de este estudio en cualquier momento sin ser obligado/a dar razones y sin que esto perjudique su calidad de paciente o usuario/a.
- D) **Publicación científica y confidencialidad:** Los resultados de este estudio 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 N° 19.628, sobre protección de la vida privada.
- E) **Uso de imágenes:** Se autoriza el uso de mis imágenes relativas al caso clínico señalado precedentemente, las que no harán alusión a nombres, apellidos, ni dato alguno que permita mi identificación. Solamente el o los profesionales(es) autor(es) autorizado(s) por el Comité Ético Científico tendrán acceso a sus datos, que se recogerán anonimizados. En caso de utilizar fotografías se tomarán medidas para que su rostro no sea identificado.



- F) Normativa:** En cumplimiento de las leyes N° 20.584, 20.120 y 19.628, se le garantiza que en las publicaciones no se revelará ningún dato de carácter personal: nombre, Cédula de Identidad o RUT, número de su ficha clínica y/o cualquier otro que pueda permitir su identificación.

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 el Presidenta del Comité de Ética Científica, Sr(a) Nombre y 2 apellidos presidente: (+562)29766095.

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PUBLICACIÓN DE CASO CLÍNICO

Yo _____, Cédula nacional de Identidad N° _____. Al firmar el presente documento, declaro que:

1. Mediante la firma del presente documento declaro que he leído completamente el presente documento de _____ Consentimiento Informado, y que el profesional _____ (indicar nombre y profesión) me ha informado de su intención de publicar mi caso clínico haciendo uso de los datos contenidos en la ficha clínica y/o imágenes y fotografías.

2. Al mismo tiempo me he informado de los riesgos y beneficios directos para mí.

3. Por lo anterior, de forma voluntaria, autorizo el uso de mis datos con el fin de que sean reportados de manera anónima en revistas científicas y/o médicas, docencia universitaria y eventos científicos.

4. El título del Reporte será “_____”.

5. La información que se desea publicar es: _____ (especificar “material sensible” que se utilizará: información clínica, exámenes, imágenes, fotografías, grabaciones en video o audio u otro soporte de datos), debiendo mantenerse la confidencialidad sobre mi identidad.

5. Mi consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzado u obligado, para la publicación de mi caso clínico y fotografías relacionadas con el mismo, en revistas científicas, manteniendo la confidencialidad de mi identificación.

7. Se me ha explicado que tengo derecho a revocar mi consentimiento para participar en este estudio, sin que ello genere para mí 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:



CARLOS POLANCO LAZO
General de Brigada Aérea (S)
DIRECTOR GENERAL