**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REPORTE DE CASO CLINICO**

El propósito de este consentimiento es que usted (o su representado) se informe y tome una decisión sobre si autoriza la presentación de sus datos contenidos en la ficha clínica, imágenes u otros (sea explicito con lo que desea reportar).

**Objetivo**: Presentar su caso clínico (o el de su representado) en revistas científica/médicas/docencia universitaria y/o en eventos científicos, otros. (Sea explicito). Con fines exclusivamente XXXX.

**Autorización:** Consiste en que usted (o su representado) autorice al profesional solicitante para que publique datos de su ficha clínica y/o exámenes complementarios (sea explícito en lo que desea publicar).

Riesgos: No será revelado su nombre (o el de su representado) ni su cedula de identidad. En caso de utilizar fotografías o videos, se tomarán medidas para que su rostro no sea identificado, si usted así lo requiere.

**Beneficios:** La presentación de su caso caso clínico (o el de su representado) no conlleva beneficios directos para usted.

**Voluntariedad**: Usted (o su representado) es libre de aceptar o rechazar que los datos clínicos sean presentados. Sea cual sea su decisión la atención de salud requerida por usted no se verá afectada.

Consultas: Usted (o su representado), puede hacer todas las preguntas al profesional que solicita este consentimiento informado.

**Firma del Consentimiento:** En caso que autorice este consentimiento, en señal de aceptación debe firmarlo conjuntamente con el profesional solicitante.

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rut: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_autorizo el uso de mis datos o el de mi representado, para que él o la \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ realice el reporte de mi caso, siendo este de manera anónima, en revistas científicas/medicas/eventos científicos/docencia u otros (sea explicito).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y apellidos del paciente Firma Fecha y hora

o su representado

Rut:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y apellidos del profesional Firma Fecha y hora

Rut: