|  |
| --- |
| **Formulario de solicitud para Reporte de Caso** |
| Título del Trabajo |  |
| Lugar en que se efectuará |  |
| Nombre de Investigador principal |  |
| Email y teléfono |  |
| Lista de nombres de los participantes del trabajo  | Nombre | Profesión y Cargo | Función en este trabajo |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Describa brevemente el caso (200 palabras) |  |
| ¿Qué quiere hacer con el relato del caso:docencia, publicación, congreso?  |  |
| Metodología ¿Cómo espera graficar su caso? (Uso de fotografías, datos clínicos, uso de muestras) |  |
| ¿Cuenta con el consentimiento de la persona para ser reportada como caso?  | Sí (adjuntar documento que lo acredita) | No |
| Especifique cómo se mantendrá la confidencialidad (codificación, anonimización, seudónimo) |  |
| Especifique cómo hará para que la persona consienta lo reportado en el trabajo[[1]](#footnote-1). |  |
| Autorización del Jefe de Servicio y/o Director del Departamento | Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Jefe del Servicio y/o Departamento de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estoy en conocimiento de este trabajo y autorizo su realización.Del mismo modo, declaro no ser coautor, ni tener participación en el estudio cuya realización se permite en este acto.Fecha |
| Firma |
| **Carta de Compromiso del Investigador** |
| Mediante el presente documento me comprometo a:1. Declarar mis potenciales conflictos de interés ante el Comité Ético Científico y de Investigación.
2. Realizar revisión de los registros estrictamente necesarios, dentro del recinto en el que se encuentran.
3. Registrar los datos en forma anónima o con el consentimiento del sujeto.
4. Guardar la confidencialidad de los datos recogidos en el reporte de caso.
5. La identificación de personas o sus datos originales se mantendrán anónimos en cualquier presentación o comunicación que este reporte genere.
 |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nombre y Firma Investigador Principal |

|  |  |
| --- | --- |
| **Autorización**Comité Ético Científico y de Investigación HCUCH | Firma y timbre |
| Fecha |

1. La persona debe saber de qué se trata la propuesta y qué implicaciones puede tener. Si existiera algún elemento o contenido del reporte que el paciente o sus familiares no deseen que sea incluido tiene el derecho a solicitarlo al investigador. [↑](#footnote-ref-1)