|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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)