

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

INFORMED CONSENT DOCUMENT

ESPAÑOL: Yo, [REDACTED], con DNI número [REDACTED] doy mi autorización para que la descripción de mi caso clínico y las pruebas radiológicas derivadas del mismo, así como los resultados de anatomía patológica, puedan ser reportadas en un artículo científico. La finalidad del mismo es educacional y científica para el resto de la comunidad médica.

ENGLISH: I, [REDACTED], with National Identity Document Number [REDACTED], give my authorization that the description of my clinical case, radiological images, and surgical pathology reports may be included in a medical publication for scientific and educational purposes.

Firmado / Signed: [REDACTED]

Fecha / Date: 17/08/2017

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

INFORMED CONSENT DOCUMENT

ESPAÑOL: Yo, [REDACTED] con DNI número [REDACTED], doy mi autorización para que la descripción de mi caso clínico y las pruebas radiológicas derivadas del mismo, así como los resultados de anatomía patológica, puedan ser reportadas en un artículo científico. La finalidad del mismo es educacional y científica para el resto de la comunidad médica.

ENGLISH: I, [REDACTED] with National Identity Document Number [REDACTED], give my authorization that the description of my clinical case, radiological images, and surgical pathology reports may be included in a medical publication for scientific and educational purposes.

Firmado / Signed:

A large rectangular black redaction box covering a handwritten signature.

Fecha / Date: 17/08/2017

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

INFORMED CONSENT DOCUMENT

ESPAÑOL: Yo, [REDACTED], con DNI número [REDACTED], doy mi autorización para que la descripción de mi caso clínico y las pruebas radiológicas derivadas del mismo, así como los resultados de anatomía patológica, puedan ser reportadas en un artículo científico. La finalidad del mismo es educacional y científica para el resto de la comunidad médica.

ENGLISH: I, [REDACTED], with National Identity Document Number [REDACTED] give my authorization that the description of my clinical case, radiological images, and surgical pathology reports may be included in a medical publication for scientific and educational purposes.

Firmado / Signed:

[REDACTED]

Fecha / Date: 17/08/2017