

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REPORTE DE CASO CLINICO

El propósito de este consentimiento es que usted se informe y tome una decisión sobre si autoriza la presentación de sus datos contenidos en la ficha clínica. Se utilizará información de sus exámenes de laboratorio, una imagen de resonancia magnética de abdomen e imágenes de su biopsia de páncreas.

Objetivo: Presentar su caso clínico en una revista médica científica, utilizada solamente para la difusión de información académica, sin intereses comerciales.

Autorización: Consiste en que usted (o su representado) autorice al profesional solicitante para que publique datos de su ficha clínica y exámenes complementarios tales como exámenes de laboratorio y demás estudios, pertinentes, que se me han practicado, así como los diagnósticos, comentarios y conclusiones. **No** se utilizarán imágenes que muestren su rostro ni cuerpo.

Riesgos: No será revelado su nombre ni su cedula de identidad.

Beneficios: La presentación de su caso clínico no conlleva beneficios directos para usted.

Voluntariedad: Usted 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, 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 Dra. Paulina Toledo realice el reporte de mi caso, siendo este de
manera anónima, en revistas científicas/médicas/eventos científicos/docencia u otros (sea
explicito).

Nombre y apellidos del paciente
o su representado
Rut:

Firma

27-7-2020

Fecha y hora

_____ Dra. Paulina Toledo

Nombre y apellidos del profesional
Rut: 16.497.045-9

Firma

_____ 09/07/2020 _____

Fecha y hora