

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ALMACENAMIENTO Y USO DE VÍDEOS DE ENDOSCOPIA.

Este documento tiene como fin, solicitar su permiso para almacenar el video producido por el dispositivo médico (endoscopio) en la exploración de su tracto gastrointestinal. Con el video almacenado, se podrá proporcionarle fotos de su tracto gastrointestinal durante el procedimiento, si usted desea solicitarlas. Adicionalmente, el video sería usado con fines de docencia e investigación, ya que son la base para diseñar métodos computacionales que ayuden a mejorar los procedimientos diagnósticos de enfermedades gastrointestinales.

Para que su vídeo de endoscopia y la historia clínica relacionada sean adicionados a la base de datos, usted debe firmar este documento si decide participar. Por favor lea con atención este documento antes de decidir si participa o no en este estudio. Conozca y comprenda cada uno de los siguientes apartados, en caso de tener alguna duda siéntase con libertad de preguntar sobre cualquier aspecto.

Riesgos: Ninguno.

Aspectos a tener en cuenta:

- Su participación en este estudio es totalmente voluntaria.
- Ninguna persona involucrada en este estudio recibirá beneficios económicos como pago por su participación
- **CONFIDENCIALIDAD:** Los vídeos endoscópicos e información clínica de cada individuo permanecerán archivados en el Centro de Telemedicina y el grupo de investigación CIM@LAB de la Universidad Nacional de Colombia. Los datos almacenados proporcionados por usted son de carácter absolutamente investigativo, y eventualmente harán parte de una base de datos en la cual garantizará la ANONIMIZACIÓN DE LOS DATOS, por lo tanto SU IDENTIDAD NO VA SER UTILIZADA. Cuando los resultados de este estudio sean publicados en revistas o congresos científicos, los nombres de todos aquellos que tomaron parte en el estudio serán igualmente omitidos. Usted puede consultar o retirar su participación con los investigadores encargados.

_____, identificado con _____, consiento participar de manera voluntaria en el presente estudio. He leído y entendido la información registrada en este documento y al tener dudas, estas fueron aclaradas.

Correo electrónico del participante y/o acompañante: _____

Firma del Participante

Nombre del Acompañante y/o Responsable

Firma del Acompañante y/o Responsable

Nombre del Investigador

Firma del Investigador

C.C.

Fecha: _____