

Formulario de consentimiento

Para el consentimiento de un paciente para la publicación de imágenes o información suyas en publicaciones de BMJ.

Nombre del paciente:

Relación con el paciente (si el paciente no tiene la facultad):

Descripción de la fotografía, imagen, texto u otro material (Material) sobre el paciente. Se debe adjuntar una copia del Material a este formulario.

Título profesional del artículo en el que se usará el Material:

Artículo Crónica Asociada
a Adenocarcinoma de pulmón.

CONSENTIMIENTO

Yo, [REDACTED] (NOMBRE COMPLETO EN LETRA DE IMPRENTA) doy mi consentimiento para que el Material sobre mí/el paciente aparezca en una publicación de BMJ.

Confirmando que [REDACTED] para [REDACTED]

- ☐ he visto la foto, imagen, texto u otro material sobre mí/el paciente
- ☐ he leído el artículo que se envió a BMJ
- ☐ estoy legalmente autorizado para dar este consentimiento.

Entiendo lo siguiente:

- (1) El Material se publicará sin mi nombre/el nombre del paciente, sin embargo, entiendo que no se puede garantizar el anonimato completo. Es posible que alguien, en algún lugar, sea capaz de averiguar que rudo de mí/el paciente o un paciente) pueda reconocerme/reconocer al paciente.
- (2) El Material puede mostrar o incluir detalles de mi enfermedad o lesión/la enfermedad o lesión del paciente y cualquier pronóstico, tratamiento o cirugía que yo/el paciente haya tenido, tuviera o pueda tener en el futuro.
- (3) El artículo se puede publicar en una revista que se distribuya en todo el mundo. Las publicaciones de BMJ van dirigidas principalmente a médicos y otros profesionales sanitarios, pero también pueden ser las muchas otras personas, como académicos, estudiantes y periodistas.
- (4) El artículo, incluido el Material, puede ser objeto de un comunicado de prensa y podrá accederse a él a partir de enlaces en redes sociales y/o utilizarse en otras actividades promocionales. Una vez publicado, el artículo aparecerá en un sitio web de BMJ y también puede estar disponible en otros sitios web.
- (5) Antes de la publicación se corregirá el estilo, la gramática y la coherencia del texto del artículo.
- (6) Yo/el paciente no recibirá/recebirá ningún artículo.

B14)

- (1) El artículo también puede utilizarse en su totalidad o parcialmente en otras publicaciones o productos publicados por BMJ y/o por otros editores. Esto incluye la publicación en cualquier idioma en formatos impreso y digital, y en cualquier otro formato que BMJ o otros editores puedan utilizar ahora o en el futuro. El artículo puede aparecer en ediciones futuras de revistas u otras publicaciones, publicadas en el Reino Unido y en el extranjero.
- (2) Puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento antes de la publicación, pero una vez entregado el artículo para publicación ('este en prensa'), no será posible revocar el consentimiento.
- (3) Este formulario de consentimiento será retenido de forma segura y confidencial por BMJ de conformidad con la ley, pero no más tiempo del necesario.
- Mañana voy a firmar para confirmar los siguientes:
- ☒ Doy mi consentimiento a BMJ para almacenar mi información de contacto (incluido fuera del EEE) con el único objetivo de contactar conmigo, si fuera necesario, en el futuro.
- ☒ Cuando este consentimiento se refiere a un artículo en BMJ Case Reports, he tenido la oportunidad de comentar el artículo y estoy satisfecho de que los comentarios, si los hubiera, se hayan reflejado en el artículo.

Firmado:

[Redacted Signature]

Nombre en letra de imprenta:

Dirección:

Cm 13 C# 23A-15

Dirección de correo electrónico: abraham.ariza12@hotmail

San Marcos Sur, Colombia

N.º de teléfono: 301 2760955

Si firma en nombre del paciente, especifique el motivo por el que el paciente no puede dar su consentimiento por sí mismo (ej., el paciente ha fallecido, es menor de 18 años o tiene un deterioro cognitivo o intelectual).

Fecha:

19/Julio/2021

☐ Si firma en nombre de una familia u otro grupo, marque la casilla para confirmar que todos los miembros relevantes de la familia o grupo han sido informados.

Si el paciente es un niño de 7 años o más, también debe confirmar este consentimiento.

Firmado:

Nombre en letra de imprenta:

Fecha:

de

nacimiento:

Fecha:

Información de la persona que ha explicado y administrado el formulario al paciente o a su representante legal:

[Redacted Signature]

Formulario de consentimiento informado