

Puebla, México 22 de julio de 2020

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE CASO/INCLUSIÓN EN ESTUDIO CIENTIFICO

Yo, _____, concedo al Dr. Guillermo Ruiz-Argüelles y a su equipo médico y de investigación del Centro de Hematología y Medicina Interna de Clínica Ruiz permiso para publicar, reproducir y distribuir el artículo original referente al tratamiento de linfoma de Hodgkin en México. Estoy consciente de que en este estudio original no mencionan mi nombre ni domicilio, sin embargo refleja mi padecimiento actual, tratamiento médico, edad, género e historial médico.

He sido informado por los autores que dicho estudio original será utilizado con fines de publicación y educativos.

No recibiré ninguna retribución de ningún tipo por el uso de mi caso en este estudio. No estoy obligado a firmar este consentimiento y puedo reusarme a hacerlo. Mi manejo médico, así como la paga del mismo no se verán afectados en caso de que decida firmar o no firmar este documento. Podré revocar esta autorización en cualquier momento notificando a mi médico tratante, esto no comprometerá la información que ha sido compartida o publicada.

Esta autorización no tiene fecha de vencimiento.

Nombre del paciente:

Domicilio del paciente:

Firma del paciente:

Revisado por:

Firma:

Fecha:

Hora: