|  |
| --- |
| Título del caso a reportar: |
| Nombre Investigador Responsable: |
| Unidad/Departamento/Servicio: |
| Centro: |
| Teléfono Investigador Responsable: |
| Correo electrónico Investigador Responsable: |
| **Consentimiento Informado Versión N°** | **Fecha Consentimiento Informado : 00/00/0000**  |

**INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE**

***OBJETIVO***

El propósito de este consentimiento es que Ud. se informe y tome una decisión respecto si autoriza el uso de sus datos *(o los de su representado)* contenidos en la ficha clínica, para la publicación de un caso clínico en revistas científicas-médicas, docencia universitaria y/o en eventos científicos con fines exclusivamente académicos.

***AUTORIZACIÓN***

Consiste en que Ud. autorice al profesional solicitante para que publique datos de **su ficha clínica** y/o exámenes complementarios *(especificar)*

Según sea el caso, también se le podrán tomar fotografías para ser usadas exclusivamente en la presentación del caso clínico.

***CONFIDENCIALIDAD***

No será revelado su nombre ni su Cedula Nacional de Identidad o RUT.

En caso de utilizar fotografías se tomarán medidas para que su rostro no sea identificado.

***BENEFICIOS***

La presentación de su caso no tiene beneficios directos para Ud.

***RIESGOS***

La presentación de su caso no conlleva riesgos para usted

***VOLUNTARIEDAD***

Ud. es libre de aceptar o rechazar que sus datos clínicos sean presentados en el caso que se reporta. Sea cual sea su decisión la atención de salud requerida para usted **no** se verá afectada.

***CONSULTAS Y DERECHOS DEL PACIENTE***

Cualquier pregunta que usted desee hacer en relación a su participación en esta publicación será respondida por el Investigador Responsable cuyos datos de contacto se encuentran al inicio de este documento.

Cualquier pregunta que usted desee hacer en relación a sus derechos como participante de la presente publicación puede comunicarse con el Presidente del Comité Ético Científico de Clínica Santa María Dr. Agustín Espejo García – comite.eticocientifico@clinicasantamaria.cl – tel 229132847.

***FIRMA DEL CONSENTIMIENTO***

En caso que Ud. autorice este consentimiento informado, en señal de aceptación deberá firmarlo conjuntamente con el profesional solicitante en la hoja que sigue.

**HOJA DE FIRMAS**

He leído la información, *o se me ha leído*. He tenido la oportunidad de hacer preguntas al/a profesional …………………………………………………………………………….. quien ha respondido satisfactoriamente. Consiento de manera voluntaria a que se utilice la información contenida en mi ficha clínica *(o la de mi representado/a)* y los documentos asociados *(especificar)* de la manera y para los propósitos indicados previamente en este formulario.

**Los espacios que siguen van escritos de puño y letra por los firmantes**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del paciente | RUT |  Firma | Fecha | Hora |
| ………………………………………………………………………Nombre del representante o testigo (si fuere pertinente)…………………………………………………………………….. **relación con el paciente**  | RUT |   Firma | Fecha | Hora |
| Nombre del investigador autorizado que explica el Consentimiento Informado | RUT |   Firma |  Fecha | Hora |
| Nombre director de la institución o delegado |    RUT |   Firma |  Fecha |  Hora |

**Este documento sólo es válido si cuenta con la autorización y timbre del Comité Ético Científico de Clínica Santa María.**