|  |
| --- |
| Título del estudio:  |
| Nombre Investigador Responsable: |
| Unidad/Departamento/Servicio: |
| Teléfono: |
| Correo electrónico: |
| Estudio patrocinado por (si fuere el caso): |

**A. Hoja de información al paciente**

**1. Invitación**

El propósito de este documento de Consentimiento Informado es que usted se informe y solicitar su autorización para la publicación de sus datos clínicos, o los de su representado, contenidos en la ficha clínica.

Antes de autorizar lea todo este documento tome el tiempo que necesite para decidir, lea detenidamente la información que sigue y no dude en hacer las preguntas que desee al médico que se lo está explicando, a su familia o amigos.

**2. Objetivo**

Presentar su caso clínico, o el de su representado, a la comunidad científica, es decir, dar a conocer a otros profesionales cómo ha sido tratado su caso y cómo ha evolucionado.

Esta información podría ser de utilidad en el futuro para otras personas con un problema de salud como el suyo.

**3. Autorización**

Si firma este documento usted autoriza al profesional solicitante, arriba identificado, a recoger datos de su ficha clínica y realizar una publicación científica sobre el tema de salud que se describe, ya sea entrevistas científicas-médicas, docencia universitaria o en eventos científicos con fines exclusivamente académicos.

Entre la información que se recogerá se incluye: *Especificar* ***“material sensible”*** *que pueda facilitar la identificación del paciente: fotografías, grabaciones en video o audio u otro soporte de datos. Indicar cómo se va a tratar este material para garantizar la confidencialidad.*

**4. Riesgos y beneficios**

Usted no quedará expuesto a riesgo alguno y no habrá un beneficio directo para usted.

Su colaboración contribuirá a aumentar el conocimiento científico.

Si es de su interés, se le podrá facilitar un ejemplar de la publicación realizada.

**5. Confidencialidad**

Solamente el o los profesional(es) autor(es) autorizado(s) por el Comité Ético Científico de Clínica Santa María tendrán acceso a sus datos, que se recogerán anonimizados.

En cumplimiento de las leyes 20.584, 20.120 y 19.628, se le garantiza que en las publicaciones no se revelará ningún dato de carácter personal: nombre, Cédula de Identidad o RUT, número de su ficha clínica y/o cualquier otro que pueda permitir su identificación.

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

*Indicar cómo se va a tratar este material para garantizar la confidencialidad.*

**6. Voluntariedad**

Su decisión es completamente voluntaria, usted es libre de aceptar o rechazar que sus datos clínicos sean publicados bajo anonimato.

Le aseguramos que sea cual sea su decisión, ella no afectará la relación con el profesional que se lo solicita ni la asistencia sanitaria que le corresponde.

Usted puede retirar su consentimiento en cualquier momento sin dar explicaciones, pero una vez que el caso clínico haya sido presentado para su publicación no habrá posibilidad de cambiar de parecer.

**7. Consultas y dudas**

Usted puede hacer todas sus preguntas al profesional que solicita este consentimiento informado, cuyos datos están al inicio de este documento.

También podrá resolver sus dudas comunicándose con el Presidente del Comité Ético Científico de Clínica Santa María: Dr. Agustín Espejo García - Teléfono: 2 29132847 - Correo electrónico: comite.eticocientifico@clinicasantamaria.cl

**8. Firma del consentimiento**

En caso de que usted autorice la publicación arriba identificada, en señal de aceptación deberá firmarlo conjuntamente con el profesional solicitante y un testigo autorizado (si fuere necesario).

**B. Consentimiento informado - Hoja de firmas**

|  |
| --- |
| **Título publicación:** |

**1**. Mediante la firma del presente documento declaro que he leído la primera parte del mismo, “Hoja de información para el paciente”, y que el profesional *indicar nombre y profesión*  me ha informado de su intención de publicar mi caso clínico haciendo uso de los datos contenidos en la ficha clínica y/o fotografías.

**2**. Al mismo tiempo me he informado de los riesgos y beneficios directos para mí.

**3**. Por lo anterior, de forma voluntaria, autorizo el uso de mis datos con el fin de que sean reportados de manera anónima en revistas científicas y/o médicas, docencia universitaria y eventos científicos.

**4**. La información que se desea publicar es: *especificar “****material sensible”*** *que pueda facilitar la identificación del paciente: fotografías, grabaciones en video o audio u otro soporte de datos.*

**5.** Se me ha facilitado ver y leer la versión final del documento y autorizo su publicación *(eliminar si no se usa* ***“material sensible”*** *con riesgo real de identificación del paciente.*

**SI NO** Deseo conocer el documento una vez que se haya publicado.

**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 y relación con el paciente (si fuese pertinente) |  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 |

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

Marzo 2018

**ANEXO 1**

**Revocación del Consentimiento Informado para publicación de caso clínico**

|  |
| --- |
| **Título publicación:** |

Mediante la firma del presente documento revoco la autorización para la publicación de mis datos clínicos firmada con fecha \_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del paciente | RUT | Firma | Fecha | Hora |
|  |  |  |  |  |