



Consentimiento Informado para Publicación de un Caso Clínico

Información

Este documento tiene como finalidad informarle que su médico/a tratante está solicitando su consentimiento (autorización) para publicar o difundir en alguna revista científica, eventos científicos o actividades académicas (de educación para los alumnos), los detalles de su problema de salud por tratarse de una situación de interés que puede contribuir a ampliar el conocimiento científico al respecto.

Al autorizar o consentir la publicación o difusión de su caso clínico, usted no obtendrá ningún beneficio directo para su persona y el beneficio que aporta es contribuir a aumentar el conocimiento científico, a capacitar a otros profesionales ayudando a comprender mejor y a mejorar la atención de salud para otras personas que presenten un caso similar al suyo. Por otra parte, el otorgar su consentimiento no implica ningún gasto personal como tampoco recibirá ninguna compensación económica por ello.

Sus datos personales no serán incluidos en la información que se compartirá con el fin de resguardar la confidencialidad, por lo que el caso se presentará de manera anónima para evitar la posibilidad de que usted sea identificado/a, sin embargo, es posible que por sus particulares condiciones de salud alguien ligado a su atención clínica pueda identificarlo/a.

La versión final de lo que se enviará a publicar en (completar con el nombre de la revista, congreso o actividad donde se presentará), le será entregada antes para su revisión y para conocer su opinión y determinar lo que usted autorizará finalmente a que sea publicado o difundido.

Su decisión es completamente libre y voluntaria, usted puede autorizar o rechazar el consentimiento que se está solicitando sin que esto tenga repercusiones para usted, es decir que la atención clínica que recibe no se verá afectada si usted no autoriza compartir su información de salud.

Usted podrá llevarse este documento para leerlo con calma, consultarlo con otras personas de su confianza o volver a conversar con el profesional tratante, antes de tomar la decisión de firmarlo.

Usted tiene derecho a revocar su consentimiento (esto es retirar su autorización) hasta antes de que esta comunicación sea enviada a la revista o a la reunión científica correspondiente, por lo que deberá comunicarlo lo antes posible, ya que una vez difundida la información ya no será posible retirar la autorización o rescatar la información compartida.

Si usted tiene alguna duda sobre lo que está autorizando o considera que sus derechos como paciente no han sido respetados puede dirigirse a: (Incorporar la información del Comité que de la aprobación).....



Universidad
Finis Terrae®

Comité
Ético Científico

Firma del Consentimiento Informado

He leído el texto final y revisado la información, las fotografías y los otros datos que serán publicados relacionados con mi condición de salud o con la condición de salud de mi representado/a.

Yo, (escribir el nombre completo del paciente),
RUT N°,

Ficha Clínica N°, declaro que leí la versión final de la publicación (escribir el título de la publicación) y autorizo a (escribir el nombre completo del autor) para que publique (marque con una **X** en lo que corresponde autorizar):

_____ El texto escrito con los detalles de mi caso clínico

_____ Las fotografías, imágenes, exámenes y otros documentos que acompañan el texto

_____ No autorizo la publicación de (escriba o detalle si hay algo que no autoriza que se incluya en la publicación):

➤Nombre completo del/de la paciente:

RUT: Firma:

➤Nombre completo del representante del paciente si corresponde

Señalar relación con el paciente (padres, cónyuge, hijo/a, representante):

RUT: Firma:

➤Nombre completo del autor principal responsable de la publicación:

.....

RUT: Firma:

➤Nombre completo del/de la directora/a de la Institución o autoridad delegada:

.....

Cargo que ocupa:

RUT: Firma:



Universidad
Finis Terrae®

Comité
Ético Científico

➤Nombre completo de la persona que actúa como facilitador del proceso de CI en el caso de
haberlo

Señalar relación con el paciente (padres, cónyuge, hijo/a, representante, facilitador intercultural,
ninguna):

RUT: Firma:

➤Ciudad y fecha en que se firma el documento:

[NOTA: Imprimir este documento en duplicado para que quede un original en la ficha clínica y otro original en poder del paciente.]