

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE DEL CASO CLÍNICO

Título provisional del caso clínico:

Yo, _____
[NOMBRE COMPLETO EN LETRAS DE IMPRENTA]

he sido tratado por el Dr. _____
[NOMBRE COMPLETO EN LETRAS DE IMPRENTA]

[DIRECCIÓN EN LETRAS DE IMPRENTA]

[CORREO ELECTRÓNICO EN LETRAS DE IMPRENTA]

Por la presente confirmo que yo: (por favor, marque la casilla para confirmar)

estoy legalmente autorizado para dar este consentimiento

Mediante la firma de este formulario de consentimiento autorizo a este médico y a otros coautores a escribir un caso clínico sobre mi tratamiento. Entiendo que:

No voy a obtener ningún beneficio directo de la participación en este caso clínico. No obstante, la información que puede compartirse con otros profesionales sanitarios puede mejorar la atención de otras personas en el futuro.

La firma de este formulario de consentimiento no anula mis derechos de privacidad. Mi nombre y mi información médica protegida (IMP) no se compartirán salvo que se solicite y consienta mi autorización. No obstante, entiendo que no es posible garantizar un anonimato total. Es posible que alguien en algún lugar, por ejemplo, alguien que me haya cuidado o un familiar, me reconozca.

La información que se usa para este caso clínico incluye la anamnesis de mi enfermedad, relevante para este caso, los hallazgos de laboratorio, las fotografías y los protocolos de los tratamientos recetados.

Se presentará un resumen de mi tratamiento para su evaluación por un panel de expertos e investigadores, y se publicará en una revista médica con licencia de acceso libre (quien quiera puede consultar y leer libremente la publicación en línea), y/o se presentará en una conferencia médica. Doy mi consentimiento para dicha publicación o presentación. El resumen de mi tratamiento y el caso clínico no contendrá ningún dato personal. En el caso de que se tenga que incluir algún dato de carácter personal, este se publicará de manera anonimizada.

La autorización a usar mi información en este caso clínico no me supondrá costes adicionales. No recibiré ningún tipo de compensación.

Mi participación es totalmente voluntaria, y puedo revocar mi permiso para participar en este caso clínico en cualquier momento. Todos mis datos personales enviados a Heel se eliminarán después de recibir la notificación del médico encargado del tratamiento. Sin embargo, una vez que el caso clínico se haya escrito y publicado (con los datos personales anonimizados) no podré retirarme. Mi decisión no supondrá una sanción ni una pérdida de los beneficios a los que tenga derecho, como la calidad de la atención que reciba. La retirada puede enviarse al médico del tratamiento (consulte los datos de contacto arriba).

Me pueden pedir que contribuya con una «perspectiva del paciente» sobre el tratamiento que he recibido. Puedo decidir voluntariamente proporcionar esta perspectiva o declinar.

Mediante la firma de este formulario confirmo que:

- **Me he declarado conforme a participar en este caso clínico**
- **Autorizo el acceso a la información personal de mi salud (historia clínica) como se explica en este formulario**
- **Me han informado de que no estoy obligado a participar en este caso clínico**
- **Se me ha informado acerca de los riesgos y los beneficios, si los hubiera, de permitir usar mi información en este caso clínico**
- **He leído todas las páginas de este formulario**
- **He visto una versión de un caso clínico a enviar o publicar (incluidas las fotografías) y me declaro conforme**
- **Me han explicado el reporte del caso clínico por completo y todas mis preguntas se han contestado a mi satisfacción**

A firmar por el paciente o por el cuidador legalmente autorizado

A firmar por el médico del tratamiento, que ha explicado y entregado el formulario al paciente

Fecha _____

Fecha _____

Lugar _____

Lugar _____

Nombre en letras de imprenta

Nombre en letras de imprenta

Firma _____

Firma _____