

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Rut: _____

Con domicilio en _____

Comuna de _____

Acepto la utilización de los datos de mi ficha clínica para fines de investigación y revisión, los datos serán recogidos por mi médico tratante

Dr. _____ y serán utilizados para una revisión de caso titulada

- Declaro haber sido informado por el mismo respecto de los objetivos, proyecciones y procedimientos del estudio y del tipo de participación que se me solicita; en relación con ello, acepto:
- Que el responsable del estudio debe velar por mantener mi anonimato en todo momento y no publicará elemento alguno que revele mi identidad (datos, fotos, etc)
- Que mis datos clínicos y exámenes complementarios sean utilizados para una revisión de caso que podría ser publicada en una revista científica.
- Declaro haber sido informado de mi participación voluntaria y que puedo dejar de participar en el estudio sin que ello implique represalia alguna por parte del personal que me ha visitado, ni de otras personas involucradas en el estudio.
- En caso de dudas puedo contactarme con el encargado de este estudio

Dr _____

Teléfono _____

Correo electrónico _____

- En caso de participar de este trabajo no recibiré ningún beneficio económico, ni tratamiento extra al que me fue planteado por mi médico tratante antes de esta solicitud.

Nombre y firma del participante del estudio

Nombre y firma del médico tratante

Fecha _____