

# DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRESENTACIÓN Y/O PUBLICACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

Yo \_\_\_\_\_, R.U.N. \_\_\_\_\_

En representación de \_\_\_\_\_, R.U.N. \_\_\_\_\_  
*(Solo si corresponde)*

Otorgo mi libre consentimiento para que mi historia clínica o la de mi representado sea utilizada en la formulación de un trabajo científico, para ser presentado en una jornada, congreso y/o revista científica. Estoy en conocimiento de que los autores de dicho trabajo, profesionales y/o estudiantes de las ciencias biomédicas, manejarán datos confidenciales, los cuales no serán revelados.

He hablado de este trabajo de investigación con:

---

*(Nombre del autor que informa)*

Quien es autor responsable de este trabajo científico. He aclarado mis dudas al respecto y entiendo lo siguiente:

- *Accedo a facilitar estos datos de manera voluntaria, no existiendo otro interés de por medio.*
- *Mi nombre, iniciales, RUN y demás información de identidad no será publicada. Todos los antecedentes que permitan identificarme serán eliminados. Se expondrá solo lo pertinente a mi evolución médica.*
- *De ser presentado lo será en una actividad de difusión del conocimiento científico.*
- *El firmar este formulario de consentimiento no quita mis derechos a la privacidad garantizados por la legislación vigente.*
- *He realizado las preguntas que consideré oportunas, todas las cuales han sido resueltas, y las considero suficientes y aceptables.*
- *En cualquier momento y sin tener que dar explicaciones, puedo retirar este consentimiento sin verme perjudicado en ningún aspecto.*
- *Se me ha entregado copia de este formulario, que he leído completamente.*

Paciente \_\_\_\_\_

Representante Legal \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del Paciente o Representante Legal

Ciudad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Título del Caso Clínico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma y R.U.N. Autor Responsable

\_\_\_\_\_

Firma y R.U.N Tutor profesional de la salud