

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-DIR-03

Estudio de Caso

Rev.01

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE / CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN GENERAL

Este Consentimiento Informado se utiliza para recabar información de sus datos clínicos, informe, exámenes de laboratorio y exámenes de imágenes contenidos en la ficha clínica a fin de desarrollar un **Estudio de Casos**, el mismo puede ser para la publicación con fines educativos e interés científico; presentar su caso clínico, o el de su representado, a la comunidad científica educativa, es decir, dar a conocer a otros profesionales como 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.

Usted autoriza al profesional de la salud mencionado y que firma en este mismo consentimiento, 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.

Solamente él o los profesional (es) autor(es) autorizado(s) tendrán acceso a sus datos, que se recogerán en el anonimato. 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. Imágenes y antecedentes clínicos no están sujetos a remuneración asociada por su facilitación.

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.

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-DIR-03

Estudio de Caso

Rev.01

### DECLARO:

Que el/la Doctor/(a) \_\_\_\_\_ me ha informado sobre la factibilidad de ceder imágenes y  
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

antecedentes clínicos para ser un **ESTUDIO DE CASO**, tomando todas las medidas de resguardos para salvaguardar mi privacidad.

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice un **ESTUDIO DE CASO** con mis antecedentes clínicos.

en el Hospital Clínico Viña del Mar, al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar \_\_\_\_\_

Firma Médico \_\_\_\_\_

### RECHAZO:

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

**RECHAZO** y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con el **ESTUDIO DE CASO** asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar \_\_\_\_\_

Nombre Médico \_\_\_\_\_ Firma del Médico \_\_\_\_\_  
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

### REVOCAACION:

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

**REVOCO**, el rechazo al consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_ y **AUTORIZO** a proseguir con el **ESTUDIO DE CASO**.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar \_\_\_\_\_

Nombre Médico \_\_\_\_\_ Firma del Médico \_\_\_\_\_  
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)