

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PUBLICACIÓN DE CASO CLÍNICO EN CLÍNICA ALEMANA DE SANTIAGO Y SUS SUCURSALES

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 (por ejemplo, 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.

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 conversarlo 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: **Comité Ético Científico, Facultad de Medicina, Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo**: Presidente Dr. Marcial Osorio. Teléfono 22 3279157 / Mail: [ceccasudd@udd.cl](mailto:ceccasudd@udd.cl)



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PUBLICACIÓN DE CASO CLÍNICO  
EN CLÍNICA ALEMANA DE SANTIAGO Y SUS SUCURSALES**

Hoja de **firmas del Consentimiento Informado de caso clínico**

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) ..... autorizo a (escribir el nombre completo del autor) ..... para que publique (marque en el casillero 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: .....

Firma: .....

➤ Nombre completo del representante del paciente si corresponde.....

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

Firma: .....

➤ Nombre completo del autor principal responsable de la publicación:

.....

Firma: .....

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

..... Cargo que ocupa: .....

Firma: .....

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

