**Plantilla de Consentimiento informado para publicación de reportes de caso**

**Nota: este documento es una plantilla sugerida para el consentimiento informado de reportes de caso. La información resaltada en gris debe ajustarse según corresponda.**

**Su uso no es obligatorio y puede ser modificada según las necesidades específicas de cada caso.**

El objetivo de publicar el presente reporte de caso es poder socializar con la comunidad médica y científica los hallazgos relacionados con la patología \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ encontrada. Dicha publicación está dirigida a los profesionales de salud quienes se encuentran calificados para la interpretación de la información.

Para esta publicación, se usarán los datos provenientes de la historia clínica, hallazgos quirúrgicos del procedimiento de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y resultados de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. La razón de la publicación es netamente de carácter académico. Y en ningún caso, será utilizado para otros fines. En ningún caso aparecerá el nombre, ni otro dato que pueda identificar al paciente asegurando de esta manera la confidencialidad de la información publicada.

También, se ha informado que la participación en esta publicación, por ser una actividad académica es totalmente gratuita y voluntaria. Puede que usted no reciba un beneficio directo de la publicación del reporte de caso, sin embargo, la información obtenida contribuirá en el marco de futuras investigaciones a un mejor abordaje diagnóstico de la enfermedad y al seguimiento de los pacientes.

También ha quedado claro que, en caso de no aceptar la publicación del reporte de caso, no alterara en lo absoluto ningún proceso de atención médica ni mucho menos la buena relación médico paciente.

Teniendo en cuenta lo anterior, el Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ me ha solicitado autorización para la publicación de mi caso clínico o caso del paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ quien es PARENTESCO y falleció a causa de la patología en estudio. Esta publicación se realizará en la revista “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”.

Manifiesto que he leído y comprendido que la autorización para esta publicación es absolutamente voluntaria, así mismo, he tenido la oportunidad de que se me aclararan todas las dudas que se me presentaron, antes de aceptar esta solicitud.

Si tiene inquietudes posteriores, puede comunicarse con el **Dr. (investigador principal) XXX** al teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_o con el Comité de Ética de la Fundación Universitaria Sanitas, entidad ante la cual se presentará este reporte para aprobación.

Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas

Presidente Comité de Ética: Dr. Eduardo Low Padilla

Teléfono: 5895377 Ext: 5719901

Correo: comiteetica@unisanitas.edu.co

Dirección: Calle 23 # 66-46 Sede Salitre

Me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del paciente o representante legal Parentesco (cuando aplique)

Nombre completo:

CC:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma de Testigo 1 Firma de Testigo 2

Nombre completo: Nombre completo:

CC: CC:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del médico tratante

C.C.

Bogotá \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_