FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZAR

LA PUBLICACIÓN ANÓNIMA DE ANTECEDENTES MÉDICOS (CASO CLÍNICO)

**Colocar el nombre completo de la institución y la dirección y teléfono de contacto antes de imprimir**

Este documento tiene por objeto ofrecerle información con la finalidad de pedir su autorización para recoger los datos de su historia clínica sobre el problema de salud que usted padece y por el que fue o está siendo tratado en este centro. Le solicitamos su permiso porque usted padece una enfermedad poco frecuente o una presentación clínica no habitual de una enfermedad común.

Antes de dar su consentimiento es necesario que haya leído y comprendido esta información. Puede también llevarse esta hoja y consultar con quien prefiera sobre esta posibilidad. Su decisión es completamente libre y voluntaria y carece de riesgos. No obtendrá beneficio económico ni de otro tipo si acepta. También puede optar por no autorizar el uso de sus datos de salud. Y esta decisión no afectará a la relación con el /los profesionales que lo atienden ni el acceso a la asistencia sanitaria a la que Ud. tiene derecho.

El propósito de exponer un problema de salud como “caso clínico” a la comunidad científica, es favorecer el conocimiento médico y mejorar la atención de pacientes que puedan tener un padecimiento similar. Si acepta, se recolectarán los datos clínicos de su historia de manera anónima y confidencial de acuerdo a la ley 25326 de protección de Datos Personales que rige en nuestro país.

El registro de sus datos comprende los antecedentes médicos y los resultados de los procedimientos diagnósticos que se haya realizado tanto en esta institución como los que se efectuaron en otros centros de atención médica o mediante intervención de otros profesionales. Para el caso de los datos escritos se realizará un resumen incluyendo su sexo y edad o área geográfica de residencia si tuviera importancia epidemiológica (sin mencionar la ciudad o la dirección). Para las imágenes (radiografías, tomografías, imágenes de biopsias, piezas quirúrgicas) se efectuará una copia electrónica (fotografía o similar) donde se ocultará cualquier dato personal que pueda identificarlo. No se incluirá su nombre ni apellido, ni su número de documento o de historia clínica ni cualquier otro dato personal que pudiera permitir relacionarlo. En ningún caso se revelará su información personal a terceros. Solamente los autores de la publicación científica tendrán acceso a esa información. Ni los editores de las revistas, ni las autoridades de los encuentros científicos donde se presenten podrán conocer sus datos de identificación.

La presentación o publicación puede ser de diversas maneras: una conferencia o una comunicación sobres su caso en un congreso; un artículo en una revista científica o incluso actividades docentes en educación médica de grado o posgrado en un ámbito académico (universidad, institución médica, sociedades científicas).

Usted no obtiene ningún beneficio ni se expone tampoco a riesgo alguno. Con su colaboración contribuirá a aumentar el conocimiento científico. Es importante que conozca que las publicaciones pueden ser de acceso libre en la internet por lo que también pueden ser leídas por personas ajenas al ámbito sanitario. No se transmitirá ningún dato de carácter personal. Si lo desea, se le podrá facilitar una copia de la presentación /publicación en el formato electrónico que se haya previsto presentarla: texto con imágenes o ponencia electrónica (*power point*). Para ello, deberá marcar esta opción al final de este consentimiento y antes de firmar. El/los profesional/es autor/es de la publicación científica no recibirán retribución específica por la actividad. Aunque haya firmado, puede retirar luego su consentimiento en cualquier punto sin dar explicaciones, hasta el momento en el que esté en proceso de publicación. Sin embargo, si solo se está empleando como actividad docente, podrá dejar de presentarse con esa finalidad si Ud. lo comunica.

Si tiene alguna duda con respecto a lo solicitado, puede contactar a: **nombre del profesional responsable y forma de contacto** que es la responsable de registrar sus datos.

El Comité de Ética de las Investigaciones en Salud del Hospital Nacional de Clínicas, dependiente de la FCM ha aprobado el texto de este documento, pero su resumen de “caso clínico” no será evaluado ni autorizado por ese comité para su presentación/publicación, por lo tanto, no tendrá conocimiento de sus antecedentes ni podrá brindarle información al respecto.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

En mi carácter de titular de mi historia clínica, autorizo de manera libre y voluntaria, la utilización de mis registros médicos de manera confidencial y anónima. Expreso que he leído la información de lo que significa un “caso clínico” y que mi médico tratante ha respondido todas mis dudas. Entiendo que no tendré beneficio alguno por aceptar ni riesgos al hacerlo. Tampoco consecuencias si decido negarme. Mi atención por el profesional o la institución no cambiará en absoluto. Los datos podrán ser publicados o presentados en congresos o revistas científicas o empleados como material docente. Mis datos personales se encuentran amparados por la ley de protección de datos personales N° 25326. Entiendo que podré retirar mi autorización sin dar explicaciones siempre y cuando los datos aún no hayan sido publicados punto en el cual resultará imposible suprimir esa publicación. Sin embargo, podré solicitar que no se sigan empleando a futuro para actividades docentes en educación médica de grado o posgrado o en presentaciones científicas. Para ello recibo un original de este documento donde consta el nombre de mi médico tratante quien podrá recibir mi cambio de decisión y obrar en consecuencia.

Como muestra de conformidad, firmo al final de este formulario.

□ Solicito que me sea facilitada una copia de la versión para publicación de mi caso clínico antes de la presentación de la misma (Si es su deseo, marque la casilla e incluya su dirección completa y un teléfono de contacto luego de su firma)

APELLIDO Y NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si seleccionó que desea una copia de su caso clínico agregue su dirección de e-mail completa y su número de teléfono. Caso contrario no es necesario que complete estos datos

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

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