Formulario de consentimiento

Para el consentimiento de un paciente para la publicación de imágenes o información suyas en concurso Científico de CONADEO 2024.

Nombre del paciente: _____

Relación con el paciente (si el paciente no firma este formulario): _____

*Descripción de la fotografía, imagen, texto u otro material (**Material**) sobre el paciente.* _____

Título del trabajo científico en el que se incluirá el Material: _____
_____

CONSENTIMIENTO

Yo,_____*[NOMBRE COMPLETO EN LETRA DE IMPRENTA]* doy mi consentimiento para que el Material sobre mí/el paciente aparezca en un trabajo de CONADEO 2024.

Confirmo que: *(marque las casillas para confirmar)*

- ☐ ***he visto la foto, imagen, texto u otro material sobre mí/el paciente***
- □ ***he leído el artículo que se enviará a CONADEO 2024***
- ☐ ***estoy legalmente autorizado para dar este consentimiento.***

Entiendo lo siguiente:

(1) El Material se publicará sin mi nombre/el nombre del paciente, sin embargo, entiendo que no se puede garantizar el anonimato completo. Es posible que alguien, en algún lugar (por ejemplo, alguien que cuidó de mí/del paciente o un pariente) pueda reconocerme/reconocer al paciente.

(2) El Material puede mostrar o incluir detalles de mi enfermedad o lesión/la enfermedad o lesión del paciente y cualquier pronóstico, tratamiento o cirugía que yo/el paciente haya tenido, tuviera o pueda tener en el futuro.

(3) El artículo, incluido el Material, puede ser objeto de un comunicado de prensa y podría accederse a él a partir de enlaces en redes sociales y/o utilizarse en otras actividades promocionales.

(4) Yo/el paciente no recibiré/recibirá ningún beneficio económico derivado de la publicación del artículo.

(5) Puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento antes de la postulación, pero una vez entregado el artículo para postular al concurso científico, no será posible revocar el consentimiento.

(6) Este formulario de consentimiento será retenido de forma segura y confidencial por SCEO UTAL de conformidad con la ley, pero no más tiempo del necesario.

Marque las casillas para confirmar los siguiente:

Doy mi consentimiento a SCEO UTALCA para almacenar mi información de contacto con el único objetivo de contactar conmigo, si fuera necesario, en el futuro.

*Firmado:*_____ *Nombre en letra de imprenta:* _____

Dirección: *Dirección de correo electrónico:* _____

_____ *N.º de teléfono:* _____

Si firma en nombre del paciente, especifique el motivo por el que el paciente no puede dar su consentimiento por sí mismo (p. ej., el paciente ha fallecido, es menor de 18 años o tiene un deterioro cognitivo o intelectual).

_____ *Fecha:* _____

Si firma en nombre de una familia u otro grupo, marque la casilla para confirmar que todos los miembros relevantes de la familia o grupo han sido informados.

Si el paciente es un niño de 7 años o más, también debe confirmar este consentimiento:

*Firmado:*_____ *Nombre en letra de imprenta:* _____

Fecha de nacimiento: *Fecha:*_____

_____

Información de la persona que ha explicado y administrado el formulario al paciente o a su representante (p. ej., el autor correspondiente u otra persona que tenga autoridad para obtener el consentimiento).

*Firmado:*_____ *Nombre en letra de imprenta:* _____

*Universidad:*_____ *Dirección:*_____

_____

---

*Dirección de correo electrónico:*_____ *N.º de teléfono:*_____

Fecha: _____