Formulario de consentimiento informado para publicación de casos clínicos

TITULO DEL CASO CLÍNICO

_____

_____

Investigador principal :

- Nombre y titulación: _____
- Institución _____
- Teléfono de contacto _____

Se le propone considerar permitir al Dr. _____ utilizar información sobre su _____ para escribir lo que se conoce como publicación a propósito de un caso. Las publicaciones de este tipo de utilizan típicamente para compartir información nueva y única experimentada por un paciente durante su cuidado clínico, información que puede ser útil para otros médicos y miembros de un equipo sanitario. Una publicación de un caso puede ser publicada de forma impresa o vía internet para ser leída por otros, o presentada en una conferencia. Este formulario explica el propósito de esta publicación de caso. Por favor, lea este formulario cuidadosamente y tómese su tiempo para tomar su decisión y plantear las cuestiones que pueda tener.

El propósito de esta publicación es informar a otros médicos que[1]

_____

_____

_____

_____

El Dr. _____ está obligado a proteger su confidencialidad y no revelar su información personal, (información sobre vd., y su salud que pudiera identificarle, como su nombre, fecha de nacimiento o número de historia clínica). Cuando el reporte de caso sea publicado o presentado su identidad no será revelada.

---

[1] *Explicar la razón específica, (p. ej., pacientes presentándose en Urgencias con X* _____ puede ser *relacionado con Y, sin embargo puede presentarse enmascarado por*_____)

No obstante, aunque su información personal reunida u obtenida sea mantenida confidencialmente hasta el máximo alcance de la ley, existe un pequeño riesgo de pérdida de confidencialidad con este caso específico debido a que su experiencia es única.

No recibirá beneficios directos por participar en esta publicación. La información que pueda ser compartida con otros profesionales de la salud, sin embargo, puede mejorar la atención que será recibida por otros pacientes en el futuro.

Permitir que su información sea utilizada en este caso no va a suponer ningún coste adicional para vd. Tampoco recibirá retribución alguna.

Tomar parte en este reporte de caso es elección suya, (voluntaria). Puede elegir no tomar parte o puede cambiar de opinión en cualquier momento. Sin embargo, una vez el caso sea escrito y publicado, no será posible retirarse de él. Su decisión no resultará en ningún perjuicio o pérdida de beneficios o derechos para vd., ni tampoco repercutirá en la calidad de la asistencia que vd. reciba.

Será notificado sobre cualquier nueva información relacionada con este reporte de caso que pueda afectarle.

Su firma da a entender que ha leído la información sobre este reporte de caso y que ha tenido oportunidad de plantear cuestiones para ayudarle a entender cómo su información será usada y que vd. otorga permiso para permitir que su información sea empleada en este reporte de caso.

Si tiene alguna cuestión puede contactar con _____ en el número _____

CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN

TITULO DEL REPORTE DE CASO:

_____

_____

Nombre del participante: _____

Participante sustituto o tomador de decisión _____

Firmando este formulario confirmo que:

- El reporte del caso me ha sido completamente explicado y todas mis cuestiones han sido respondidas a mi satisfacción.

- He sido informado de los riesgos y beneficios, si existe alguno, de permitir que mi información sea empleada en este reporte de caso.
- He sido informado de que puedo oponerme a que este caso sea publicado.
- He leído cada página de este formulario
- Autorizo al acceso de mi información personal de salud, (Historia Clínica) tal como se ha explicado en este formulario.
- Estoy de acuerdo en participar en este reporte de caso.

_____	_____	_____
Nombre del participante o representante	Firma	Fecha