

Consentimiento informado para la publicación de información personal

A través de este medio doy mi consentimiento para que todo el material de la historia clínica, imágenes y otro tipo de información acerca del paciente mencionado a continuación, sea publicado en una revista o congreso médicos que los autores consideren pertinente con fines científicos y docentes.

Nombre del paciente: Edad:

Comprendo que no se publicará el nombre del paciente y que se intentará en todo lo posible mantener el anonimato de la identidad en el texto y en las imágenes. Sin embargo, comprendo que no se puede garantizar el anonimato completo.

Esta autorización incluye la publicación en idioma español y su traducción al inglés, impresa, en formato electrónico en el sitio web de la revista, y en cualquier otro formato usado por la revista científica actualmente y en el futuro.

La revista está destinada a médicos, pero puede ser leída por otras personas que no lo son. Puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento antes de la publicación, pero una vez que la información haya sido consignada para publicación (“en imprenta”) ya no será posible revocar el consentimiento.

A través de este medio manifiesto a la persona o institución correspondiente que he entendido y aprobado lo mencionado con anterioridad y que he recibido una copia de este documento.

La participación de menores y de adultos responsables en el proceso de consentimiento se adecuará a las normas de cada país.

* En Argentina, según la edad del paciente, el autorizante será:

- Edad igual o mayor a 16 años: el paciente
- Edad igual o mayor a 13 y menor de 16 años: el paciente, con eventual asistencia documentada de padre/madre/tutor
- Edad igual o mayor a 8 y menor de 13 años: padre/madre/tutor legal con asentimiento documentado del paciente
- Edad menor de 8 años: padre/madre/tutor legal

Nombre del autorizante*: Edad:

Documento de identidad: Relación con el paciente (si corresponde):

Firma: Fecha:

Persona que asiste/asiente*: Edad:

Documento de identidad: Relación con el autorizante:

Firma: Fecha:

Nombre del profesional:

Firma: Fecha: