

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____
RUT _____

En representación _____

RUT _____ (Solo si corresponde)

Otorgo mi libre consentimiento para que mi historia clínica o la de mi representado sea utilizada en la formulación de un trabajo científico, para ser presentado en el XVI Congreso Científico Temático de Estudiantes de Medicina de Chile: Infectología en APS una visión útil e innovadora, CCTEM 2017, organizado por la Academia Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad Católica de la Santísima Concepción – ACEMUCSC –en la ciudad de Concepción. Asimismo, autorizo que dicha información se publique y difunda en medios científicos, tales como la Revista de la Asociación Nacional Científica de Estudiantes de Medicina de Chile (Revista ANACEM Chile), revista electrónica MEDWAVE (www.medwave.cl), y otros.

Estoy en conocimiento de que los autores de dicho trabajo, médicos y estudiantes de Medicina, manejarán datos confidenciales, los cuales no serán revelados. He hablado de este trabajo de investigación con:

(Nombre del autor que informa)

Quien es autor responsable de este trabajo científico. He aclarado mis dudas al respecto y entiendo lo siguiente:

- Accedo a facilitar estos datos de manera voluntaria, no existiendo otro interés de por medio.
- Mi nombre, iniciales, RUT y demás información de identidad no será publicada. Todos los antecedentes que permitan identificarme serán eliminados. Se expondrá solo lo pertinente a mi evolución médica.
- El XVI CCTEM 2017: organizado por la ACEMUCSC es una actividad de difusión de conocimiento científico y está abierto a estudiantes de medicina y de las ciencias de la Salud, médicos y otros profesionales.
- El firmar este formulario de consentimiento no quita mis derechos a la privacidad garantizados por la legislación vigente.
- He realizado las preguntas que consideré oportunas, todas las cuales han sido resueltas, y las considero suficientes y aceptables.
- En cualquier momento y sin tener que dar explicaciones, puedo retirar este consentimiento sin verme perjudicado en ningún aspecto.
- Se me ha entregado copia de este formulario, que he leído completamente

Marcar con una X según corresponda

Paciente

Representante legal (Paciente menor de edad o no competente)

FIRMA DEL PACIENTE O DEL REPRESENTANTE

Ciudad: _____ Fecha: _____

Título del Reporte de Caso: _____

FIRMA Y RUT DEL AUTOR RESPONSABLE: _____