**ANEXO N° 10**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REPORTE DE CASO CLÍNICO**

El propósito de este consentimiento es que Ud. se informe y tome una decisión sobre si AUTORIZA la presentación de sus datos o los de su representado, contenidos en la ficha clínica.

***OBJETIVO***

Presentar su caso clínico o el de su representado en revistas científicas-médicas, y/o docencia Universitaria y/o en eventos científicos con fines EXCLUSIVAMENTE ACADÉMICOS.

***AUTORIZACIÓN***

Consiste en que Ud. autorice al profesional solicitante para que publique datos de su FICHA CLÍNICA y/o exámenes complementarios.

Según sea el caso, también se le podrán tomar FOTOGRAFÍAS para ser usadas exclusivamente en la presentación del caso clínico.

***RIESGOS***

No será revelado su nombre ni su Cedula Nacional de Identidad o RUT.

En caso de utilizar fotografías se tomarán medidas para que su rostro no sea identificado.

***BENEFICIOS***

La presentación de su caso NO TIENE BENEFICIO DIRECTO para Ud.

***VOLUNTARIEDAD***

Ud. es libre de ACEPTAR o RECHAZAR que sus datos clínicos sean presentados. Sea cual sea su decisión la atención de salud requerida NO se verá afectada.

***CONSULTAS***

Ud. puede hacer todas sus preguntas al profesional que solicita este consentimiento informado.

***FIRMA DEL CONSENTIMIENTO***

En caso que Ud. AUTORICE este consentimiento informado, en señal de aceptación deberá firmarlo conjuntamente con el profesional solicitante y un testigo autorizado.

**FIRMAS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

CORRELATIVO

Nº………………….

**PARA REPORTE DE CASO CLÍNICO**

TIMBRE CEC-SSA Y FECHA

……………………….a.……días del mes de…………….del año……….

Mediante la firma del presente documento declaro que he leído el consentimiento informado al reverso de esta página y que el Profesional\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ me ha informado de su intención de publicar mi caso clínico o el de mi representado haciendo uso de los datos contenidos en la ficha clínica, exámenes complementarios y/o fotografías.

Al mismo tiempo me he informado de los riesgos y beneficios directos para mí o mi representado.

Por lo anterior, de forma voluntaria, autorizo el uso de mis datos o de mi representado con el fin de que sean reportados de manera anónima en revistas científicas y/o médicas, docencia universitaria y eventos científicos.

Este Consentimiento Informado para caso clínico deberá firmarlo en presencia de un testigo autorizado, quién resguardará que usted no sea presionado en este acto.

Nombre, RUT y firma del Paciente o tutor

Nombre, RUT y firma del Profesional solicitante

Nombre, RUT y firma del testigo autorizado

**UNA VEZ FIRMADO ESTE DOCUMENTO POR EL PACIENTE, EL PROFESIONAL SOLICITANTE Y EL TESTIGO AUTORIZADO DEBE SER INGRESADO AL CEC-SSA PARA SU CORRESPONDIENTE VALIDACIÓN.**