CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REPORTE DE CASO CLÍNICO PARA PACIENTE Y/O SU REPRESENTANTE

La Clínica Universidad de los Andes, pertenece a la Universidad de los Andes y uno de sus propósitos, es contribuir con el desarrollo del conocimiento científico a través de proyectos de investigación, en los cuales puede ser necesario utilizar algunos de sus resultados de exámenes, imagenología o datos de su ficha clínica. Un tipo de investigación corresponde al **reporte de caso clínico**.

Un reporte de caso es un tipo de estudio que presenta detalladamente problemas de salud, de un paciente único y de características únicas. En él, se organizan y vuelven a narrar lo que ocurrió́ en la historia clínica, evolución de la enfermedad, cuidados médicos instituidos y los resultados obtenidos. El reporte de caso busca aportar idealmente un nuevo valor al actual conocimiento de una enfermedad[[1]](#footnote-1).

El presente documento tiene por objetivo certificar que usted ha sido informado por el profesional de salud responsable de su atención, sobre los objetivos, riesgos, beneficios del reporte de su caso clínico y obtuvo su autorización para su realización.

Al otorgar el presente Consentimiento Informado, usted autoriza al o los profesionales de salud, a la utilización de la información contenida en su ficha clínica, exámenes complementarios asociados al caso, y cuando sea necesario, permitir tomar algunas fotografías suyas y/o algunos de sus exámenes diagnósticos.

En el caso de las fotografías, se asegurará de proveer todas las medidas necesarias para impedir su reconocimiento, por ejemplo, solo la zona señalada, realizar sellos en la zona de su cara, que lo puedan identificar o no mostrar caracteres personales que puedan ser identificables, etc. El personal de salud le mostrará previamente que imagen (es) será utilizada para este estudio.

Usted, deberá aceptar que, aun tomando todas las medidas de resguardo para proteger su identidad, por las características de su cuadro y/o eventos relacionados, podría alguien hipotéticamente reconocer que corresponde a su caso.

**Voluntariedad**

Usted es libre de aceptar o rechazar esta autorización

Independiente de la decisión que tome, su atención de salud seguirá siendo la misma

Además, usted tiene derecho a retirar este Consentimiento Informado cuando lo desee, sin explicar la causa o motivo para adoptar esta decisión.

Solo debe informar directamente al profesional solicitante y así el Reporte de Caso no podrá ser utilizado a partir de ese momento.

**Riesgos**

No se prevén riesgos asociados

**Confidencialidad**

La información obtenida de su ficha clínica será tratada como información sensible y confidencial. Si su caso fuera publicado en una revista científica o presentado en una conferencia o congreso, se hará siempre de manera anónima. De igual modo, si se publican fotografías, se tomarán todos los resguardos para impedir su identificación.

**Costos**

Autorizar este Reporte de caso, no tiene costo asociado para usted y tampoco recibirá un pago por ello.

**Consultas**

El profesional que solicita esta autorización es\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y si su Nº telefónico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ donde podrá solucionar sus dudas

Este CI ha sido autorizado por el Comité Ético Científico de la Universidad de los Andes, si desea puede comunicarse con presidente del CEC, Profesora Ximena Farfán Z., teléfono: +562226182154, mail cec@uandes.cl

**CONSENTIMIENTO**

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 RUT; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Declaro que:

1. He leído este consentimiento informado, donde el profesional \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RUT\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ solicita mi autorización para presentar o publicar mi caso o el de mi representado en revistas científicas o médicas, docencia universitaria y otros eventos científicos y para hacer uso de forma anonimizada, de los datos contenidos en mi ficha clínica, así como mis exámenes complementarios y/o fotografías clínicas.
2. Entendido el objetivo de este estudio y los procedimientos a realizar
3. El título del reporte será: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Será presentado en: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. He podido realizar y aclarar todas mis dudas
6. He sido informado que no tiene riesgos ni beneficios para mi
7. He sido informado que puedo reevaluar o rechazar esta autorización, sin expresar causa o motivo de mi decisión.
8. Recibiré una copia firmada de este documento
9. También declaró que al firmar esta acta de consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos.

Firma del voluntario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En caso que autorice el Familiar Responsable
Yo, (nombre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RUT\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; (relación con Paciente)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_en nombre de (nombre paciente)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RUT (del paciente) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RUT y/o firma del menor (si corresponde)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del profesional solicitante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre ministro de fe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Méndez-Álvarez, L., Albino-Serra, F. Donado-Gómez, J. Reporte de casos. Educación y Práctica en Medicina. Acta Médica Colombiana. (2019) Vol. 44, 2 pp.103-110 [↑](#footnote-ref-1)