# CONSENTIMIENTO INFORMADO CASOS CLÍNICOS

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Paciente |  |
| Descripción de la fotografía, imagen, texto u otro material.  Se debe adjuntar copia del material a este formulario |  |
| Título Provisional del Artículo en el que se incluirá el material |  |

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Nombre y Apellidos), con DNI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, doy mi consentimiento para que el Material sobre mi aparezca en una publicación.

Confirmo que: (Marque las casillas para confirmar)

He leído la información anterior sobre este caso clínico y he entendido como se usará la información

He visto la foto, imagen, texto u otro material sobre mi

He leído el artículo

Estoy legalmente autorizado para dar este consentimiento

Doy permiso para permitir que la información se use en este caso clínico

Doy mi consentimiento al Dr. Haga clic o pulse aquí para escribir el nombre del Investigador. y al Haga clic o pulse aquí para escribir el nombre del Centro Asistencial. para almacenar mi información de contacto, con el único objetivo de contactar conmigo en el futuro, si fuera necesario

He aceptado participar en este caso clínico

Forma de contacto con el Investigador (dirección, correo electrónico, teléfono):

En Salamanca, a\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y Firma del Participante  Fecha: | Nombre y Firma del Investigador  Fecha: |