# 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 ParticipanteFecha: | Nombre y Firma del InvestigadorFecha: |