

# FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA INFORMES DE CASOS<sup>1</sup>

**Para el consentimiento de un paciente para la publicación de información sobre él, en una revista, tesis o presentación de cartel:**

Nombre de la persona descrita en el artículo o mostrada en la fotografía:

\_\_\_\_\_

Asunto de la fotografía o artículo: \_\_\_\_\_

Título del artículo: \_\_\_\_\_

Médico o autor correspondiente: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ [insertar nombre completo] doy mi consentimiento para que esta información sobre MÍ O MI HIJO O TUTELO/MI PARIENTE [insertar nombre completo]: \_\_\_\_\_, relacionada con el tema anterior ("la Información") aparezca en un artículo de revista, o para ser utilizado con el propósito de una tesis o presentación de cartel.

Entiendo lo siguiente:

1. La información se publicará sin mi nombre/nombre de hijo/nombre de familiares adjuntos y se hará todo lo posible para garantizar el anonimato. Sin embargo, entiendo que no se puede garantizar el anonimato total. Es posible que alguien en algún lugar (tal vez, por ejemplo, alguien que cuidó de mí/mi hijo/paciente, si estuve en el hospital, o un familiar) pueda identificarme.
2. La Información podrá publicarse en una revista leída en todo el mundo o en una revista en línea. Las revistas están dirigidas principalmente a profesionales de la salud, pero pueden ser vistas por muchas personas que no son médicos, incluidos periodistas.
3. La Información podrá colocarse en un sitio web.
4. Con la participación en este reporte de caso no se recibirá beneficio directo.
5. Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la publicación en línea, pero una vez que la Información se haya comprometido a publicarse no será posible retirar el consentimiento.

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

Firma del médico/profesional de salud solicitante:

"Le he explicado cuidadosamente al sujeto la naturaleza de la publicación anterior. Por la presente certifico a base de mi mejor conocimiento que la persona que firma este formulario de consentimiento comprende claramente la naturaleza involucrada en su participación y su firma es legalmente válida. Un problema médico o una barrera lingüística o educativa no ha impedido este entendimiento".

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

<sup>1</sup> Adapted from *BMJ Case Reports* consent form.  
Version 06/05/2024