



(incluyendo afiliación, dirección,  
y número de teléfono de contacto)

Ingresar afiliación del IP  
Ingresar suite, ciudad, estado y código postal  
Ingresar número de teléfono de contacto

#### Introducción:

Se le está solicitando que considere permitir a (ingresar nombre del IP) que use información sobre su estadía en el hospital y el tratamiento relacionado con su enfermedad, y redacte lo que llamamos un informe de caso. Los informes de caso suelen usarse para compartir información de experiencias nuevas y únicas de un paciente durante su atención clínica que puede ser útil para otros médicos y miembros de un equipo de atención médica. Un informe de caso podría publicarse (en papel y en medios electrónicos) para que otras personas lo lean o presentarse en una conferencia. Este formulario explica el propósito de este informe de caso. Por favor lea este formulario atentamente y tómese el tiempo necesario para tomar su decisión y hacer todas las preguntas que tenga.

#### ¿Por qué se hace este informe de caso?

El propósito de este informe de caso es informar a otros médicos sobre los signos, los síntomas, el curso y el tratamiento de ingresar afección.

#### ¿Qué pasará si acepto participar de este informe de caso?

Ingresar nombre del IP recopilará información de su historia clínica para redactar un informe académico sobre su presentación, transcurso y tratamiento. La información suya que se está usando para este informe de caso incluye valores de laboratorio, imágenes radiológicas, fotos de muestras, informes quirúrgicos, informes de patología y notas de los médicos sobre sus episodios de atención relacionados con esta enfermedad en ingresar nombre de la institución y en ingresar nombre de la clínica, si correspondiera.

Ingresar nombre del IP está obligado a proteger su privacidad y no divulgar su información personal (información sobre usted y su salud que lo identifiquen individualmente, p. ej. nombre, fecha de nacimiento, número de historia clínica). Cuando se publique o presente el informe de caso, no se divulgará su identidad. No se usarán fotos ni imágenes que puedan identificarlo.

#### Riesgos:

Si bien su información personal recopilada u obtenida se guardará en forma confidencial y estará protegida en la medida máxima que la ley permita, existe un riesgo limitado asociado con este informe de caso que podría resultar en una pérdida de confidencialidad, dada su experiencia única.



Beneficios:

No se beneficiará directamente por participar en este informe de caso. Sin embargo, es posible que la información que se pueda compartir con otros profesionales médicos mejore la atención que otras personas reciban en el futuro.

El permitir que se use su información en este informe de caso no implicará ningún costo adicional para usted. No recibirá ninguna compensación.

Participación voluntaria:

Participar en este informe de caso es elección suya (voluntaria). Puede elegir no participar o puede cambiar de parecer en cualquier momento. No obstante, una vez que el informe de caso esté redactado y se publique, no será posible retirar su autorización. Su decisión no provocará ninguna sanción ni pérdida de beneficios a los que tenga derecho, lo que incluye la calidad de la atención que recibe.

Se le comunicará toda información nueva relacionada con este informe de caso que pudiera afectarle.

Su firma a continuación significa que ha leído la información que antecede acerca de este Informe de caso, que ha tenido la posibilidad de hacer preguntas que lo ayuden a entender cómo se usará su información y que da permiso para que su información se use en este informe de caso.

Si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con ingresar nombre y número de teléfono del IP.



Participante/Responsable sustituto de toma de decisiones

Al firmar este formulario, confirmo lo siguiente:

Se me explicó plenamente el informe del caso y respondieron todas mis preguntas satisfactoriamente.

Me informaron de los riesgos y beneficios, si los hubiera, de permitir que se use mi información en este informe de caso.

Entiendo que se harán esfuerzos para ocultar mi identidad, pero no se puede garantizar el pleno anonimato.

Me informaron que no tengo que participar en este informe de caso y que, si me niego, no se verá afectada mi atención médica de ninguna manera.

He leído cada una de las páginas de este formulario.

Autorizo el acceso a mi información de salud personal (historia clínica) según se explica en este formulario.

Doy mi consentimiento para que el material mencionado en este formulario se presente ante el personal profesional de la salud correspondiente y que se incluya en publicaciones educativas, revistas y libros de texto, en cualquier forma o medio en cualquier lugar del mundo, sin límite de tiempo.

Acepto participar en este informe de caso en pleno uso de mis facultades mentales y sin ningún tipo de coacción.

---

Nombre del participante/sustituto  
Responsable de toma de decisiones (en imprenta)

---

Firma

---

Fecha