**NORMAS PARA AUTORES – REVISTA CBS**

# Consentimiento informado para el uso de datos, fotografías o imágenes clínicas para reportes de caso o series de casos

**CONSENTIMIENTO**

Yo, xxxxxxxxxxxxxxxxxxx, identificado con cedula de ciudadanía No. xxxxxxxxxxxxxx declaro que xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, identificado con cedula de ciudadanía No. xxxxxxxxxxxxxxxx, me ha informado sobre su intención de divulgar y hacer público el caso clínico correspondiente a: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Y confirmo que:

|  |  |
| --- | --- |
| He visto la foto, imagen, texto u otro material sobre mí |  |
| Estoy legalmente autorizado para dar este consentimiento. |  |
| No he recibido presiones de cualquier tipo para participar en el estudio y la decisión de participar la tomo en pleno uso de mis facultades mentales, consciente y libremente. |  |
| He leído o me han leído la información proporcionada. |  |
| He tenido la oportunidad de hacer preguntas para entender a cabalidad el propósito y condiciones del estudio. |  |
| Entiendo que tengo derecho a retirarme de la participación en este estudio sin que esto afecte mi atención en salud. |  |
| Entiendo que mis datos e imágenes serán manejados con total confidencialidad y reserva. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Firma del participante** |  |
| Nombre del participante |  |
| Documento de identidad |  |
| Dirección de residencia |  |
| Correo electrónico |  |
| Teléfono |  |
| Fecha: |  |

Por tanto, doy mi consentimiento a xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx (nombre del profesional tratante), para que el Material (texto, fotografías, imágenes) sobre mí sea publicado