



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

Título del reporte de caso o serie de casos:

Datos, investigador principal:	
Nombre	
Filiación institucional	
Correo electrónico	
Dirección sitio de trabajo	
Teléfono sitio de trabajo	

Datos comité de ética en investigación Institucional:	
Nombre del comité de ética	
Presidente del comité de ética	
Dirección Comité de Ética	
Teléfono comité de ética	

Es posible que el siguiente texto contenga algunas palabras que usted no entienda. Le pedimos que por favor le solicite a su médico o profesional tratante que le explique el significado de éstas. Siéntase en libertad para realizar las preguntas que considere necesarias. Disponga de tiempo para pensar y tomar una decisión y para consultar con amigos, familiares, allegados o con quienes usted considere apropiados para ayudarle a comprender las razones para participar en este estudio

¿Cuál es el propósito de este reporte de caso o serie de casos?

¿Qué pasa si usted decide participar? y ¿Qué pasa si cambia de opinión?

Su participación es voluntaria y en nada cambiará la atención que usted/el paciente reciba en la institución. Inclusive si usted/el paciente decide participar ahora y cambia de opinión más tarde, puede revocar su consentimiento en cualquier momento sin que medie explicación antes de la publicación, pero una vez entregado el artículo para publicar ("esté en prensa"), no será posible recuperar sus datos, fotografías o imágenes clínicas, sin embargo, el Investigador garantizará que su información sea confidencial y que no pueda ser identificable.

¿Qué información se publicará? y ¿Quiénes podrán acceder a la información?

1. El material (fotografía, imagen, texto) se publicará sin su nombre/el nombre del paciente, número de identificación y en caso de requerirse fotos de la cara se usarán métodos digitales con el fin de mantener el anonimato. El Investigador garantizará que su información (fotografía, imagen, o texto) sea confidencial, no obstante, es posible que alguien, en algún lugar (por ejemplo, alguien que cuidó de usted o un pariente) pueda reconocerlo.

2. El material del estudio puede mostrar o incluir detalles de mi enfermedad / lesión del paciente y cualquier tratamiento o cirugía que yo/el paciente haya tenido, tuviera o pueda tener en el futuro.

3. El material del estudio se puede publicar en una revista que se distribuya en todo el mundo. Aunque la mayoría de las veces estas revistas van dirigidas a médicos y otros profesionales de la salud, principalmente, también pueden verla muchas otras personas, como académicos, estudiantes y periodistas.

4. El artículo, incluidas las fotografías, imagen o texto, pueden ser objeto de un comunicado de prensa, presentaciones académicas en congresos y podría accederse a él a partir de enlaces en redes sociales.

5. Una vez publicado el artículo, no se podrá realizar rectificación de la fotografía o imágenes clínicas autorizadas en el presente reporte.

¿Hay beneficios o gastos?

Usted, el paciente y su familia no recibirán ningún beneficio económico derivado de la participación en este estudio. Tampoco incurrirán en algún gasto económico. Otros pacientes con una condición similar a la suya/del paciente y los profesionales que los traten se beneficiarán del conocimiento del caso al tenerlo como precedente y poder identificar rápidamente la condición.

¿Cuáles son las obligaciones de los investigadores?

Como investigadores estamos obligados a preservar la confidencialidad y el secreto de su identificación/la del paciente. Garantizaremos que ninguna persona sepa que el material de estudio (texto, imágenes, fotografías) trata de usted/el paciente. No obstante, como se indicó es posible que alguien que cuida de usted o un pariente pueda reconocerlo. También estamos obligados a seguir el conducto institucional de aprobación para publicación de casos y series de casos.

¿A quién puede hablar o preguntar?

Usted/el paciente puede plantear sus inquietudes sobre su participación en este estudio en cualquier momento. En la parte superior de este documento encontrará(n) la dirección y número telefónico de trabajo donde usted/el paciente puede contactarnos.

Si tiene preguntas acerca de sus derechos como participante de una investigación, si no puede resolver sus inquietudes con el médico o el personal del estudio, si tiene una queja puede comunicarse con el presidente del comité de ética sus datos se encuentran registrados en la parte superior de este documento.

CONSENTIMIENTO

Yo _____, identificado con _____ No. _____, declaro que, me ha informado sobre la intención de divulgar y hacer público el caso clínico correspondiente a (marque 'X' en el recuadro para confirmar):

<input type="checkbox"/>	Mi persona
--------------------------	-------------------

<input type="checkbox"/>	Mi hijo (Madre)	Nombre:			
		Identificado con:		No	

<input type="checkbox"/>	Mi hijo (Padre)	Nombre:			
		Identificado con:		No	

<input type="checkbox"/>	Otro Familiar	Nombre:			
		Identificado con:		No	

Confirmando que: (marque 'X' en el recuadro para confirmar)	
<input type="checkbox"/>	He visto la foto, imagen, texto u otro material sobre mí/el paciente.
<input type="checkbox"/>	Estoy legalmente autorizado para dar este consentimiento.
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	He leído o me han leído la información proporcionada.
<input type="checkbox"/>	He tenido la oportunidad de hacer preguntas para entender a cabalidad el propósito y condiciones del estudio.
<input type="checkbox"/>	Entiendo que tengo derecho a retirarme de la participación en este estudio sin que esto afecte mi atención en salud.
<input type="checkbox"/>	Entiendo que mis datos e imágenes serán manejados con total confidencialidad y reserva.
<input type="checkbox"/>	Entiendo que no recibiré ningún estímulo económico por la participación en este estudio

Por tanto:

Doy mi consentimiento	
------------------------------	--

No doy mi consentimiento	
---------------------------------	--

al investigador principal para que el Material (texto, fotografías, imágenes) sobre mí/el paciente sea publicado.

Nota: El suscrito autorizo a FOSCAL el tratamiento de mis datos personales (o el tratamiento de los datos personales del menor de edad, mayor de edad o persona en condición de discapacidad mental que represento) aquí consignados, para que sean almacenados, usados y puestos en circulación o suprimidos, conforme a la Política de Tratamiento de la Información que la Organización ha adoptado y que se encuentra publicada en la página web www.foscal.com.co que declaro conocer y por ello estar informado de la finalidades de dicho tratamiento. He sido informado que para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme a través de los siguientes canales: (i) página web www.foscal.com.co; icono contáctenos; (ii) correos electrónicos atencion.paciente1@foscal.com.co; (iii) personalmente mediante contacto con el personal de atención al Paciente y su Familia en las instalaciones de la organización. Así mismo, declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles como datos de salud, biométricos o de menores de edad, entre otros, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

Firma del participante			
Firma		Huella	
Nombre			
Documento de identidad			
Dirección de residencia			
Teléfono			
Correo electrónico			
Fecha: [DD/MM/AAAA]		Hora: [hh:mm]	

Firma del Representante legal (Madre y/o Tutor) (Si firma por un menor de edad (18 años), y el menor es mayor de 7 años debe llenarse y firmarse un segundo consentimiento por parte del menor.)

Firma		Huella	
Nombre			
Documento de identidad			
Dirección de residencia			
Teléfono			
Correo electrónico			
Fecha: [DD/MM/AAAA]		Hora: [hh:mm]	
<i>Si firma en nombre del paciente, especifique el motivo por el que el paciente no puede dar su consentimiento por sí mismo (p. ej. El paciente ha fallecido, o tiene un deterioro cognitivo o intelectual).</i>			

Firma del Representante legal (Padre y/o Tutor) (Si firma por un menor de edad (18 años), y el menor es mayor de 7 años debe llenarse y firmarse un segundo consentimiento por parte del menor.)

Firma		Huella	
Nombre			
Documento de identidad			
Dirección de residencia			
Teléfono			
Correo electrónico			
Fecha: [DD/MM/AAAA]		Hora: [hh:mm]	
<i>Si firma en nombre del paciente, especifique el motivo por el que el paciente no puede dar su consentimiento por sí mismo (p. ej. El paciente ha fallecido, o tiene un deterioro cognitivo o intelectual).</i>			

Firma del testigo 1			
Firma			Huella
Nombre			
Documento de identidad			
Dirección de residencia			
teléfono			
Correo electrónico			
Parentesco			
Fecha: [DD/MM/AAAA]		Hora: [hh:mm]	

Firma del testigo 2			
Firma			Huella
Nombre			
Documento de identidad			
Dirección de residencia			
Teléfono			
Correo electrónico			
Parentesco			
Fecha: [DD/MM/AAAA]		Hora: [hh:mm]	

Firma del Investigador Principal			
Firma			
Nombre			
Documento de identidad			
Fecha: [DD/MM/AAAA]		Hora: [hh:mm]	

Comité de Ética en Investigación 031-MF-V1