**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PUBLICACIÓN EN  
COMPETENCIA CIENTÍFICA DEL CURSO “DESAFÍOS DE LA URGENCIA”**

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ En representación (si corresponde) de:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RUT:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ doy mi consentimiento para que mi fotografía y/o antecedentes de mi historia clínica sea presentada en **Competencia Científica del Curso de Desafíos de la Urgencia de ACUTEM UFRO.**

He hablado de este formulario de consentimiento con, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ quien es el autor de este trabajo. He aclarado mis dudas al respecto y entiendo lo siguiente:

* *Entiendo que la finalidad de esto es realizar una investigación o presentación de caso clínico el cual será expuesto en congresos o publicado en revistas científicas.*
* *Por lo tanto, cualquier persona en cualquier parte del mundo puede leer el material publicado o presentado. Los lectores incluyen no sólo médicos, sino también a periodistas y otros miembros del público.*
* *Si bien no recibiré un beneficio directo, los conocimientos obtenidos de este estudio contribuirán a entender mejor mi enfermedad, ayudándome a mí y a otros pacientes.*
* *Accedo a facilitar estos datos de manera voluntaria, no existiendo otro interés por medio.*
* *Mi nombre no será publicado, y en la medida de lo posible todas las señas de mi identidad serán eliminadas. Sin embargo, no es posible garantizar el anonimato completo, y alguien puede ser capaz de reconocerme.*
* *Fui informado de mi derecho a revocar el consentimiento en cualquier momento, sin necesidad de explicaciones y sin significar responsabilidad, sanción o pérdida de beneficio alguno.*
* *He realizado las preguntas que consideré oportunas, todas las cuales han sido resueltas, y las considero suficientes y aceptables.*

**TÍTULO DEL MANUSCRITO:**

| **PACIENTE O REPRESENTANTE** | **AUTOR RESPONSABLE** |
| --- | --- |
| RUT: | RUT: |
| Firma: | Firma: |

**Fecha: / /2023**