**CONSENTIMIENTO INFORMADO   
PARA LA PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN CLINICA EN CASOS CLÍNICOS O REPORTES DE CASOS**

A través de este documento doy mi consentimiento para que todo el material de la historia clínica, imágenes y cualquier otro tipo de información referentes a:

mi hijo

mi tutelado

mi persona (mayores de 10 años)

de nombre: (Nombre y apellido del paciente): ……………………………………………………………………., sea publicado en una revista médica o congreso médico que los autores consideren pertinentes, con fines científicos y docentes.

Comprendo que no se publicará mi nombre o el nombre de mi familiar o de mi tutelado y que se mantendrá, en todo lo posible, el anonimato de la identidad en el texto y en las imágenes. Sin embargo, entiendo que no se puede garantizar el anonimato completo.

Esta autorización incluye la publicación en idioma español y su traducción al inglés, impresa, en formato electrónico en el sitio web de la revista, y en cualquier otro formato usado por la revista científica actualmente y en el futuro.

La revista está destinada a los médicos, pero es posible el acceso a ella por parte de otras personas que no sean médicos.

Puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento antes de la publicación, pero una vez que la información haya sido aceptada para publicación (“en imprenta”) ya no será posible revocarlo.

A través de este medio manifiesto a la persona o institución correspondiente que he entendido y aprobado lo mencionado con anterioridad.

Nombre del padre, madre o tutor legal: ……………………………………………………..…..

Documento de identidad (tipo y número):……………………… Parentesco: …………………..

Firma: …………………………………………………………….. Fecha: …………………………

Firma y sello del profesional……………………….………………………………………………