**Estructure este documento según los requerimientos del reporte de caso y una vez terminado elimine lo sombreado**

**IMPORTANTE:** Es indispensable que de lectura a este documento antes de dar su consentimiento y realizar todas las preguntas para comprender en detalle lo que se le está solicitando, y tomarse, si fuera necesario, el tiempo que requiera e incluso consultarlo para tomar la decisión de dar su autorización

Me han explicado que se tiene el interés de exponer mi problema de salud a la comunidad científica como un reporte de caso clínico, con la finalidad de dar a conocer a otros profesionistas como fui tratado y como evoluciono mi estado, ya que puede ser de utilidad en un futuro para otras personas que pueden presentar condiciones de salud similares a las mías.

Entiendo que lo que se me está solicitando es acceso a mis datos clínicos (contenidos en la Historia clínica) y la información de los estudios que se me realizaron, así como… (incorporar si se requiere el uso de material sensible como son fotografías y grabaciones de video o audio, especificando con toda claridad, incluso mostrando los mismos e incorporando como será tratado este material para garantizar la confidencialidad y si existe el riego real de ser identificado).

Se me ha referido que no obtendré ningún beneficio, y que mi colaboración contribuirá a que se incremente el conocimiento científico. Así mismo, las personas que están llevando a cabo este trabajo tampoco obtendrán ninguna retribución económica.

Se me ha aclarado que solo los autores de este trabajo tendrán acceso a mis datos clínicos, y que todo lo que implica mi nombre y apellidos, dirección de mi domicilio, números telefónicos, número de expediente, así como cualquier otro dato personal que pueda identificarme serán anonimizados (proceso por el cual se desvincula un dato de interés de un dato personal, hasta el punto de que la identificación personal no sea posible)

Me han comunicado que este reporte una vez terminado a parte de los profesionistas de la salud también puede ser consultado por otras personas, ya que su difusión puede estar disponible en la red (internet)

En función a que he dado lectura a lo anterior, y comprendido lo señalado:

Marque con una X su decisión

**Otorgo mi consentimiento para:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Para uso de información clínica y de resultados de laboratorios y otros estudios (especificar) | SI |  | NO |  |
| Para el uso de imágenes clínicas (fotografías), | SI |  | NO |  |
| Para el uso de videos clínicos, | SI |  | NO |  |
| Para el uso de grabaciones de sonido | SI |  | NO |  |

|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

Nombre del participante (use letra de imprenta)

|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

Firma del participante Fecha (día-mes-año)