



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACCESO Y PUBLICACION DE DATOS COMO CASO CLINICO O SERIES DE CASOS

Universidad Autónoma De Sinaloa
Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud
Hospital Civil de Culiacán

Estimado (a):

Este formulario de Consentimiento Informado tiene por objeto ofrecerle información con el fin de solicitar autorización para obtener datos de su historia clínica sobre su diagnóstico de: por el que fue o se está atendiendo en esta unidad hospitalaria.

NOMBRE DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL: _____

NOMBRE DE LOS INVESTIGADORES ASOCIADOS: _____

Este documento de Consentimiento Informado tiene dos partes:

- PARTE 1, INFORMACION: Proporciona información para el estudio
- PARTE 2, AUTORIZACION Y FIRMAS: Para firmar si está de acuerdo en participar

PARTE 1: INFORMACION

Si decide autorizar, debe recibir información personalizada del investigador principal que solicita su consentimiento, debe leer antes este documento, puede que haya algunas palabras que no entienda, puede hacer todas las preguntas que precise para comprender los detalles. Si así lo desea, puede llevárselo, consultarlo con otras personas y tomarse el tiempo necesario para decidir si autoriza o no.

Su decisión es totalmente voluntaria. Usted puede elegir autorizar o no. Tanto si elige autorizar o no, continuarán todos los servicios que reciba en este Hospital y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

¿Cuál es el propósito de esta investigación?:

Nuestro interés es exponer su problema de salud como CASO CLINICO a la comunidad científica, con el fin de que conozcan su proceso de diagnóstico y tratamiento así como su evolución, lo que podría ser de utilidad en un futuro para otras personas con un problema de salud como el suyo.

¿Qué le estamos solicitando?

Usted fue o está siendo atendido en este Hospital por:

Si firma este documento, nos autoriza para obtener datos de su expediente y realizar una publicación científica sobre su problema de salud.

Entre la información que queremos obtener, es necesario: (especificar "material sensible" que puede facilitar la identificación del paciente, fotografías, grabaciones en video o audio u otro tipo de datos)

La publicación científica puede ser de varios tipos, por ejemplo: una conferencia, una comunicación a un congreso, un artículo en una revista científica o incluso una actividad docente.

¿Se obtendrá algún beneficio o riesgo?

No se espera que usted obtenga beneficio ni se exponga a ningún riesgo. Con su colaboración contribuirá a aumentar el conocimiento científico.

¿Se publicarán los datos de mi caso?

Si, en revistas científicas dirigidas a médicos y otros profesionales de la salud. Algunas publicaciones son de acceso libre a internet, por lo que también pueden ser leídas por otras personas ajenas al mundo médico. No se publicará ningún dato de carácter personal. Si le interesa, se le puede proporcionar la publicación realizada.

¿Se protegerá la confidencialidad?

La información que recojamos por este proyecto se mantendrá confidencial. Solo los autores de la publicación científica tendrán acceso a todos sus datos, pero tendrá un número en lugar de su nombre, Le garantizamos que no recogeremos datos de carácter personal (*nombre y apellidos, fecha de nacimiento, INE, número de seguro social*). Aun así no podemos garantizar el anonimato absoluto.

Los autores de la publicación científica y usted no serán retribuidos económicamente ni de otro forma por autorizar el uso de sus datos.

Puede retirar su consentimiento en cualquier momento sin dar explicaciones, pero una vez que el caso clínico hay sido aceptado para su publicación no habrá posibilidad de cambio.

A QUIEN CONTACTAR:

Si tiene cualquier pregunta puede contactar con: (*nombre, dirección, teléfono, correo electrónico del autor*)

Esta propuesta ha sido revisada y aprobada por el Comité de Etica en Investigación del Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud en el Hospital Civil de Culiacán, que es un Comité cuya tarea es asegurarse de que se protege de daños a los participantes en la investigación. Si usted desea mayor información, contacte a la presidenta del Comité, la Dra. Martha Elvia Quiñónez Meza, con dirección en Eustaquio Buelna No. 91, Col. Gabriel Leyva, teléfonos (667) 7135984 extensión 130 y (667) 7580500 extensión 5299. Correo electrónico: cei.cidocs.hc@uas.edu.mx



PARTE 2. AUTORIZACION Y FIRMAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACCESO Y PUBLICACION DE DATOS COMO CASO CLINICO O SERIES DE CASOS

Universidad Autónoma De Sinaloa
 Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud
 Hospital Civil de Culiacán

TITULO DEL ARTÍCULO A PUBLICAR:

.....

.....

Yo:, leí la información contenida en este documento y autorizo a que se utilicen los datos de mi historia clínica en las condiciones que se describen.

- Se me ha facilitado ver y leer la versión final del documento y autorizo su publicación
- Deseo conocer el documento una vez que se haya publicado

Culiacán, Sinaloa, a..... de..... de.....

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE:

.....

.....

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO:

.....

.....

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN SOLICITO EL CONSENTIMIENTO:

.....

.....