**Título del trabajo:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Entiendo que se respetará el secreto médico y mi privacidad, por lo que los datos sobre mi identidad son de carácter confidencial.

Entiendo que los autores aceptan que en ningún momento, la información sobre mi identidad estará disponible para ser usada por personas no relacionadas con mi atención médica.

Entiendo que evitarán que se exponga mi identidad en imágenes y/o pruebas paraclínicas.

Entiendo que la presentación de mi Historia Clínica en forma de póster o resumen, ayudará a un mejor entendimiento de esta enfermedad.

Por todo lo anterior consiento que mi Historia Clínica sea presentada para su publicación en medios de divulgación científica.

Firma del paciente Testigo

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.I: C.I: