

## **Hoja de Información para la publicación de un caso clínico**

Con este consentimiento, se le solicita que considere la posibilidad de permitirle al Dr./Dra. \_\_\_\_\_ que use información sobre su enfermedad para escribir lo que se llama un Caso Clínico.

**Lea atentamente este consentimiento** y tómese su tiempo para tomar una decisión y hacer cualquier pregunta que pueda tener. **Su decisión de participar es completamente voluntaria** y usted podrá retirar su consentimiento antes de que el caso clínico haya sido publicado, sin tener que dar un motivo o sin que ello altere a la calidad de su atención en el futuro y a sus derechos legales. Una vez que el caso clínico haya sido publicado, no será posible que retire su consentimiento.

Un caso clínico es un documento que recoge información detallada sobre el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de un paciente en particular, y normalmente se usa para compartir información novedosa que puede ser de utilidad para otros médicos y profesionales de la salud, aumentando así el conocimiento científico. Puede ser publicado (en forma impresa y / o mediante difusión en Internet) para que otros puedan leerlo o presentarlo en una conferencia. Se le informará sobre cualquier información nueva relacionada con este caso clínico que pueda afectarle.

No se divulgará su información personal (por ejemplo, nombre, fecha de nacimiento, número de historia clínica) y se protegerá su privacidad, de acuerdo a la **Ley Orgánica 3/2018 del 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales (LOPDGDD)**. Aunque su información personal se mantendrá confidencial y protegida en la medida máxima de la ley, al tratarse de una publicación basada en una experiencia única, existe un riesgo muy limitado de pérdida de confidencialidad. El Material puede mostrar o incluir detalles de su enfermedad o lesión y cualquier pronóstico, tratamiento o cirugía que haya tenido, tuviera o pueda tener en el futuro.

No se beneficiará directamente de la publicación de este caso clínico. Sin embargo, la información que se puede compartir con otros profesionales de la salud podría mejorar la atención que recibirán otros pacientes en el futuro.

Permitir que su información se use en esta publicación no implicará ningún gasto adicional para usted. Usted no recibirá ninguna compensación.

Si usted precisa mayor información sobre este estudio puede contactar con el Investigador principal del proyecto, el Dr./Dra \_\_\_\_\_ en el teléfono: \_\_\_\_\_, en horario de \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del paciente	
Descripción de la fotografía, imagen, texto u otro material. Se debe adjuntar una copia del Material a este formulario	
Título provisional del artículo en el que se incluirá el Material	

Yo, \_\_\_\_\_ (NOMBRE Y APELLIDOS), con DNI \_\_\_\_\_, doy mi consentimiento para que el Material sobre mi aparezca en una publicación.

**Confirmo que:** (marque las casillas para confirmar)

- He leído la información anterior sobre este caso clínico y he entendido cómo se usará la información.
- He visto la foto, imagen, texto u otro material sobre mí.
- Estoy legalmente autorizado para dar este consentimiento.
- Doy permiso para permitir que la información se use en este caso clínico.
- Doy mi consentimiento al Dr. Dra. \_\_\_\_\_ y al centro: \_\_\_\_\_ para almacenar mi información de contacto, con el único objetivo de contactar conmigo en el futuro, si fuera necesario.
- He aceptado participar en este caso clínico.

Indicar forma de contacto (dirección, dirección de correo electrónico, teléfono):

En Oviedo, a..... de..... de 2024

Nombre y Firma del participante	Nombre y firma del Investigador
Fecha	Fecha

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
**ANTE TESTIGOS**

Yo, \_\_\_\_\_ (NOMBRE Y APELLIDOS DEL TESTIGO),  
con DNI \_\_\_\_\_, soy testigo de que  
\_\_\_\_\_ (NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE) da su  
consentimiento para que el Material sobre el paciente aparezca en una publicación.

**Confirmo que:** (marque las casillas para confirmar)

- El paciente ha leído o se le ha leído la información anterior sobre este Informe de caso y ha entendido cómo se usará la información.
- Ha visto la foto, imagen, texto u otro material.
- Está legalmente autorizado para dar este consentimiento.
- Da permiso para permitir que la información se use en este Informe de caso.
- Da su consentimiento al Dr.Dra. \_\_\_\_\_ y al centro:  
\_\_\_\_\_ para almacenar su información de contacto, con el único objetivo de contactar conmigo en el futuro, si fuera necesario.
- Ha aceptado participar en este Informe de Caso.

Indicar forma de contacto (dirección, dirección de correo electrónico, teléfono):

En Oviedo, a..... de..... De 2024

Nombre y Firma del participante	Nombre y firma del Investigador
Fecha	Fecha

\_\_\_\_\_

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
**TELEFONICO**

Yo, \_\_\_\_\_ (NOMBRE Y APELLIDOS DEL MEDICO),  
con DNI \_\_\_\_\_, solicito consentimiento por teléfono a  
\_\_\_\_\_(NOMBRE Y APELLIDOS DEL  
PACIENTE) para publicar su caso clínico.

El paciente da su consentimiento para que el Material sobre él aparezca en una publicación.

**Confirmando que:** (marque las casillas para confirmar)

- Se le ha leído al paciente la información sobre este Informe de caso y ha entendido cómo se usará la información.
- Se le ha especificado el tipo de material (foto, imagen, texto u otro material) que se va a publicar.
- Está legalmente autorizado para dar este consentimiento.
- Da permiso para permitir que la información se use en este Informe de caso.
- Da su consentimiento al Dr.Dra. \_\_\_\_\_ y al centro:  
\_\_\_\_\_ para almacenar su información de contacto, con el único objetivo de contactar conmigo en el futuro, si fuera necesario.
- Ha aceptado participar en este Informe de Caso.

Indicar forma de contacto (dirección, dirección de correo electrónico, teléfono):

En Oviedo, a..... de..... De 2024

Nombre y Firma del participante	Nombre y firma del Investigador
Fecha	Fecha