

## Consentimiento informado para la utilización de información personal para estudio de caso clínico

Hermosillo, Sonora, México a \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Por medio de la presente, declaro que el/la Dr@. \_\_\_\_\_, identificad@ con Cédula Profesional No. \_\_\_\_\_ ha informado a \_\_\_\_\_ identificado con el INE \_\_\_\_\_, sobre su intención de divulgar y hacer público el caso clínico correspondiente a:

Mi persona (      )

Mi hijo(a)/familiar cercano (      )

Nombre \_\_\_\_\_ Identificad@ con INE/ número de seguro social (NSS)

\_\_\_\_\_

Con propósitos puramente académicos y científicos, autorizo y doy mi total consentimiento para la utilización de información perteneciente al expediente clínico/médico, exámenes de laboratorio y estudios auxiliares de diagnóstico del paciente los cuales el doctor ha considerado pertinentes para la redacción del manuscrito/trabajo académico para su publicación. Del mismo modo otorgo mi permiso para la toma de imágenes que serán utilizadas para los objetivos previamente mencionados. Manifiesto que he sido completamente informado que esta información podrá ayudar a personas que padezcan la misma condición médica que el paciente y será de provecho para la comunidad científica y el personal médico. También se me ha informado que no se dará a conocer información que llegue a revelar mi identidad personal ni la del paciente, de manera que siempre se velará por que la privacidad y anonimato del paciente se mantengan en todo momento. Por lo anterior, autorizo al/a la Doctor@ \_\_\_\_\_ y colaboradores la reproducción de la información previamente mencionada y la utilización de imágenes del paciente que se han tomado bajo mi autorización.

\_\_\_\_\_  
Médico que solicita la autorización

\_\_\_\_\_  
Paciente o representante legal

## Informed consent for the utilization of personal information for case report

Hermosillo, Sonora, Mexico on month \_\_\_\_\_ of day \_\_\_\_\_ of year \_\_\_\_\_

I hereby declare that Dr. \_\_\_\_\_ identified with professional license No.

\_\_\_\_\_ has informed \_\_\_\_\_ identified with INE (ID Number) \_\_\_\_\_, about it's intention to publicize the clinical and medical case corresponding to:

Myself (     ) )

My son/daughter/close relative(     ) )

Name \_\_\_\_\_ Identified with social number/NSS  
\_\_\_\_\_

With the sole purpose of contributing to science and academic research, I authorize and give my full consent for the use of information pertaining to medical/clinical records, laboratory test results and auxiliary diagnostic studies of the patient which by the doctor has considered relevant for drafting the manuscript/academic work for it's publication. In the same way, I give my permission for the taking of pictures which will be utilized for the same previously mentioned objectives. I manifest that I have been fully informed that this information could potentially help other people with the patient's same medical condition and that this information will be helpful for the scientific community and medical staff. Also, I have been informed that no information that could potentially reveal my personal identity nor the patient's identity will be publicized, so that it will always be ensured that the patient's privacy and anonymity is maintained at all times. Therefore, I authorize Doctor \_\_\_\_\_ and colleagues the reproduction of the information previously mentioned and the utilization of the patient's pictures which have been taken under my authorization.

\_\_\_\_\_  
Physician that requests authorization

\_\_\_\_\_  
Patient or legal guardian