



**4,5 Y 6 DE JUNIO 2026  
HOTEL DREAMS, VALDIVIA**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PUBLICACIÓN DE UN CASO CLÍNICO**

**Hoja Informativa**

Este documento tiene como finalidad informarle que el profesional de la salud que lo está tratando está solicitando su consentimiento (autorización) para publicar en SEGUNDA JORNADA MACROZONA SUR en la Ciudad de Valdivia, los detalles de su problema de salud por tratarse de una situación de interés que puede contribuir a ampliar el conocimiento científico al respecto.

Al autorizar o consentir la publicación o difusión de su caso clínico, usted no obtendrá ningún beneficio directo para su persona y el beneficio que aporta es contribuir a aumentar el conocimiento científico, a capacitar a otros profesionales ayudando a comprender mejor y a mejorar la atención de salud para otras personas que presenten un caso similar al suyo. Por otra parte, el otorgar su consentimiento no implica ningún gasto personal como tampoco recibirá ninguna compensación económica por ello.

Sus datos personales no serán incluidos en la información que se compartirá con el fin de resguardar la confidencialidad, por lo que el caso se presentará de manera anónima para evitar la posibilidad de que usted sea identificado/a, sin embargo, es posible que por sus particulares condiciones de salud alguien ligado a su atención clínica pueda identificarlo/a.

La versión final de lo que se enviará a publicar en SEGUNDA JORNADA MACROZONA SUR VALDIVIA 2026 será entregada antes para su revisión y para conocer su opinión y determinar lo que usted autorizará finalmente a que sea publicado o difundido.

Su decisión es completamente libre y voluntaria, usted puede autorizar o rechazar el consentimiento que se está solicitando sin que esto tenga repercusiones para usted, es decir, que la atención clínica que recibe no se verá afectada si usted no autoriza compartir su información de salud.

Usted podrá llevarse este documento para leerlo con calma, consultarlo con otras personas de su confianza o volver a conversarlo con el profesional tratante, antes de tomar la decisión de firmarlo.

Usted tiene derecho a revocar su consentimiento (retirar su autorización) hasta antes de que este trabajo científico (Caso Clínico) sea enviado a la postulación al comité científico de las jornadas (15 de abril 2026), por lo que deberá comunicarlo lo antes posible, ya que una vez difundida la información ya no será posible retirar la autorización o rescatar la información compartida.

Si mis dudas no han sido resueltas por el (la) investigador (a), o si tengo reclamos, comentarios o preocupaciones relacionadas con la conducción de esta investigación o preguntas sobre mis derechos al participar en el estudio, puedo dirigirme al Comité de ética (poner dato de Comité de ética que autoriza).

### Acta de Consentimiento Informado

He leído el texto final y revisado la información, las fotografías y los otros datos que serán publicados relacionados con mi condición de salud o con la condición de salud de mi representado/a.

Yo, (escribir el nombre completo del paciente) ....., RUT Nº ....., declaro que leí la versión final de la publicación (escribir el título de la publicación) y autorizo a (escribir el nombre completo del autor) para que publique lo siguiente:

**(marque en el casillero lo que corresponde autorizar)**

- El texto escrito con los detalles de mi caso clínico.
- Las fotografías, imágenes, exámenes y otros documentos que acompañan el texto.
- No autorizo la publicación de (escriba o detalle si hay algo que no autoriza que se incluya en la publicación).....

Nombre completo del/de la paciente: .....

RUT: ..... Firma: .....

Nombre completo del representante del paciente si corresponde .....

Señalar relación con el paciente (padres, cónyuge, hijo/a, representante): .....

RUT: ..... Firma: .....

Nombre completo del autor principal responsable de la publicación: .....

RUT: ..... Firma: .....

Nombre completo del/de la directora/a de la Institución o autoridad delegada:

Cargo que ocupa: .....

RUT: ..... Firma: .....

Nombre completo de la persona que actúa como facilitador del proceso de CI en el caso de haberlo .....

Señalar relación con el paciente (padres, cónyuge, hijo/a, representante, facilitador intercultural, ninguna): .....

RUT: ..... Firma: .....

Ciudad y fecha en que se firma el documento: .....

[NOTA: Imprimir este documento en duplicado para que quede un original en la ficha clínica y otro original en poder del paciente.]

