

CMAJ·JAMC

Formulario de consentimiento del paciente

Solicitamos completar la siguiente información para el correcto procesamiento del presente formulario:

Nº de legajo:

Título:

Autor(es):

Los pacientes tienen derecho a negarse a firmar el presente formulario de consentimiento; la negación antedicha no afectará en modo alguno la atención que se les brinde.

Por el presente, autorizo que se publiquen imágenes u otra información clínica relacionada con mi caso en la revista de la Asociación Médica Canadiense (Canadian Medical Association Journal o CMAJ).

Entiendo que no se publicarán ni mi nombre ni mis iniciales y que, si bien no es posible garantizar el anonimato, se procurará ocultar mi identidad.

Entiendo que el material puede ser publicado en la CMAJ o en el sitio web de la CMAJ y en los productos que se generen a partir de la CMAJ. Como resultado de lo anterior, entiendo que el material puede ser visto por el público en general.

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento del paciente

Firma del paciente (o firma de la persona que presta el consentimiento en nombre del paciente)

Fecha

Si usted no es el paciente, indique qué relación posee con él o ella. (La persona que presta el consentimiento deberá estar a cargo de la toma de decisiones en lugar del paciente, ser el tutor legal del paciente o contar con un poder otorgado por el paciente.)

Indique los motivos por los que el paciente no puede prestar su consentimiento (por ej., el paciente es menor de edad, es un persona incapaz o ha fallecido).

En caso de que se publiquen imágenes del rostro del paciente o marcas distintivas de su cuerpo, deberá firmarse también la siguiente sección:

Autorizo la publicación de las imágenes de mi rostro o las marcas distintivas de mi cuerpo y reconozco que, por ende, puedo ser identificado a pesar de que no se publiquen ni mi nombre ni mis iniciales.

Firma del paciente (o firma de la persona que presta el consentimiento en nombre del paciente)

Fecha