

INSTRUCTIVO CONSENTIMIENTO INFORMADO

**REPORTE DE CASO Y DIVULGACIÓN DE
INFORMACIÓN IDENTIFICABLE PARA
INVESTIGACIÓN**

HOS-CI-209
Versión 5



**Comité Corporativo de Ética en
Investigación**

TÍTULO: *Presentación de caso de miopatia con diagnóstico inicial de*

INVESTIGADOR (AUTOR): *Esclerosis lateral amiotrofica*

Luis Carlos Rodríguez Hernández
DIRECCIÓN Y TELÉFONO DEL INVESTIGADOR (AUTOR):

Calle 95 # 71-27 APO 422, cel 3213704670

SITIO/DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN:
Neurofisiología Clínica

El objeto de este consentimiento es que usted nos de su autorización para que su caso clínico sea conocido por otros miembros de la salud o investigadores y para su aceptación de la manera como se usará la información respecto de su identificación.

Sabemos que su información y la de su salud son privadas y estamos comprometidos a proteger la confidencialidad de dicha información. Nos gustaría describir lo que ocurrió durante parte de su atención en salud como un "caso clínico". El documento se llama "Reporte de caso" y es una breve descripción en un artículo de los detalles sobre su enfermedad o tratamiento.

Debido a la necesidad de proteger su privacidad, debemos obtener su permiso antes de que podamos usar, divulgar o compartir la información. Esta forma nos da ese permiso y nos ayuda a asegurar que usted este enterado de forma correcta de cómo se usará o divulgará esta información. Por favor, lea atentamente la siguiente información antes de firmar este formulario. Cualquier pregunta que pueda tener sobre este formulario o sus usos por favor contacte al Dr. *Luis Carlos Rodríguez Hernández* Teléfono *3213704670*

Usted puede decidir firmar o no firmar este formulario. Si decide no dar su permiso y no firma este formulario, su información no se puede utilizar. Sea cual sea la elección que realice, no va a tener un efecto sobre su atención médica usual.

¿Quién va a revelar, recibir y/o utilizar la información?

Esta forma autoriza al doctor *Luis Carlos Rodríguez Hernández* y/o a la Fundación Santa Fe de Bogotá para divulgar, utilizar y recibir la información de acuerdo a:

- Los autores del artículo encargados de revelar su información son:
Doctor *Luis Carlos Rodríguez Hernández* Especialista en *Fisioterapia*
- La información del artículo será recibida o utilizada por el equipo de redacción de las revistas médicas o personal reunido en una conferencia.
- La información también puede ser recibida o utilizada por cualquier persona (normalmente los proveedores de atención en salud o investigadores) que puedan leer el informe o asistan a dichas reuniones.

- El texto y las fotos o videos publicados en el artículo estarán disponibles gratuitamente en Internet y podrán ser vistos por el público en general. Las imágenes, videos y textos también pueden aparecer en otros sitios web o en forma impresa.
- La información de su caso será conocida por los miembros y el personal del Comité Corporativo de Ética en Investigación quienes revisarán los aspectos éticos del artículo con quienes se podrá contactar si cree que sus derechos son vulnerados: comiteinvestigativo@fsfb.org.co Tel 6030303 Ext 5402

¿Qué información se utilizará o será revelada?

Solo la información mínima necesaria requerida para describir el caso, por ejemplo las notas clínicas de las fechas enero 1995 a mayo 2022 resultados del laboratorio e imágenes diagnósticas de las fechas enero 1995 a mayo 2022. Sin embargo puede haber detalles específicos únicos, en fotografías y otras imágenes, que podrían ser identificables, por lo tanto el anonimato completo no está garantizado.

CONSENTIMIENTO

Al firmar este formulario de autorización de publicación del reporte de su caso descrito en un artículo, usted otorga permiso para el uso y / o divulgación de su información de salud protegida y la información de identificación descrita anteriormente. Por lo anterior le solicitamos que verifique la siguiente información si ha sido clara para usted y si está de acuerdo con ella:

___ El propósito de los usos y divulgaciones que usted está autorizando es permitir la publicación o presentación pública de su caso clínico con fines académicos y de investigación pero a través de sitios web puede traducirse a otros idiomas o utilizarse con fines comerciales. Esta información no puede ser divulgada o utilizada sin su autorización. En ningún momento se divulgará su nombre, documento de identificación, seguro médico o datos postales.

___ Se le ha explicado los detalles de mi información de salud protegida que estará incluida en el documento "Reporte de Caso" que será publicado como un artículo. Usted tiene derecho a negarse a firmar esta autorización. El cuidado de su salud, el pago de su atención médica y sus beneficios de atención de salud no serán afectados, si usted no firma este formulario.

___ Si usted firma esta autorización, usted tendrá el derecho a retirarla en cualquier momento antes de su publicación y con previo aviso al autor del mismo. Sin embargo, si el reporte de un caso ya ha sido publicado o presentado, esto no puede ser modificado. Si retira el permiso antes de que se presente o se publique el informe de caso, dejaremos de publicarlo o presentarlo. Esta autorización no expirará a menos que sea retirada. Para cancelar esta autorización, por favor comuníquese con el autor Dr. Luis Prieto Rodríguez Hernández Tel. 313704670 y entréguele su notificación por escrito.

___ Usted tiene derecho a recibir una copia de este formulario después de haber firmado.

___ Usted tiene derecho a recibir una copia del reporte de caso descrito en el artículo que será publicado.

___ Usted no recibirá ninguna compensación por permitir la publicación de su información de salud protegida detallada en el documento de reporte de caso presentado como un artículo, del cual recibió una copia.

___ Por lo tanto declaro que he leído y entendido perfectamente lo anterior y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento para dicha publicación en forma libre y voluntaria.

___ Una copia de este Informe de Consentimiento estará disponible para revisión por el Editor de la revista.

El presente documento se firma en Bogotá a los 01 días del mes de Abril del año 2022

Paciente

Firma Ascension Mayorga de Fonseca

Nombre ASCENSION MAYORGA DE FONSECA

Documento de identidad 20268758

Dirección y teléfono del paciente Cra 28 # 49A-66 - 300 6250101

Fecha 01-04/2022

Representante Legal Autorizado

Firma _____

Nombre _____

Documento de identidad _____

Relación con el paciente _____

Fecha _____

Autor del reporte de caso.

Firma [Signature]

Nombre Luis Carlos Rodriguez Hernandez