

Consentimiento informado para reporte de casos - **Revista MEDICINA**

Yo (**Nombre del paciente o del representante legal paciente**) identificado con cédula N° (**número de identificación del paciente y/o su representante legal**) de la ciudad de XXXX, manifiesto que he leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

El (los) procedimiento (s) que me realizarán consiste (n) en (Describa brevemente):

Consiento voluntariamente participar en esta investigación y que imágenes más sean publicadas posteriormente, siempre y cuando no se revele mi rostro, ni mucho menos mi nombre ni identidad y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del paciente:

Nombre del representante legal (cuando sea necesario):

Firma del paciente (o de su representante legal):

Huella Dactilar del paciente:

Los autores del manuscrito:

Nombre completo:

Documento de identidad/Documento de extranjería:

Firma

Nombre

Documento de identidad/Documento de extranjería:

Firma

Nombre

Documento de identidad/Documento de extranjería:

Firma