

## Formulario de consentimiento del paciente

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

N° 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