

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO COMPETENCIA CIENTÍFICA CONGRESO CHILENO DE ESTUDIANTES DE MEDICINA

www.cocem.cl

Yo _____, R.U.N. _____

En representación de _____, R.U.N. _____

(solo si corresponde)

Otorgo mi libre consentimiento para que mi historia clínica o la de mi representado sea utilizada en la formulación de un trabajo científico, para ser presentado en el Congreso Chileno de Estudiantes de Medicina, organizado por la Academia Científica de Estudiantes de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile -ACEM UC- y la Academia Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad de Chile -ACEM UCHILE- junto con la Revista Chilena de Estudiantes de Medicina -RCEM-. Estoy en conocimiento de que los autores de dicho trabajo, profesionales de las ciencias biomédicas, manejarán datos confidenciales, los cuales no serán revelados.

He hablado de este trabajo de investigación con:

(nombre del autor que informa)

Quien es autor responsable de este trabajo científico. He aclarado mis dudas al respecto y entiendo lo siguiente:

- *Accedo a facilitar estos datos de manera voluntaria, no existiendo otro interés de por medio.*
- *Mi nombre, iniciales, RUN y demás información de identidad no será publicada. Todos los antecedentes que permitan identificarme serán eliminados. Se expondrá solo lo pertinente a mi evolución médica.*
- *El Congreso Chileno de Estudiantes de Medicina organizado por ACEM UC, ACEM UCH y en colaboración con SOCEM UV es una actividad de difusión del conocimiento científico y está abierto a estudiantes de medicina y de las ciencias biomédicas, médicos y otros profesionales.*

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
COMPETENCIA CIENTÍFICA
CONGRESO CHILENO DE ESTUDIANTES DE MEDICINA**

www.cocem.cl

- La Revista Chilena de Estudiantes de Medicina, en la cual podría publicarse todo o parte de este trabajo, está disponible gratuitamente en la web, por lo que cualquier persona en cualquier lugar del mundo podría acceder a ella.*
- El firmar este formulario de consentimiento no quita mis derechos a la privacidad garantizados por la legislación vigente.*
- He realizado las preguntas que consideré oportunas, todas las cuales han sido resueltas, y las considero suficientes y aceptables.*
- En cualquier momento y sin tener que dar explicaciones, puedo retirar este consentimiento sin verme perjudicado en ningún aspecto.*
- Se me ha entregado copia de este formulario, que he leído completamente.*

Paciente _____

Representante Legal _____

(paciente menor de edad)

Firma del Paciente o Representante Legal

Ciudad: _____ Fecha: _____

Título del Caso Clínico: _____

Firma y R.U.N. Autor Responsable