**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA USO DE DATOS, FOTOGRAFÍAS E IMÁGENES CLÍNICAS PARA REPORTE DE CASO**

Cuenca, 01 de julio de 2020

Por medio de la presente, declaro que el Medico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_identificado con Cédula de Ciudadanía No.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ha informado a (nombre de paciente o representante legal)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con Cédula de Ciudadanía No.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; sobre su intención de divulgar y hacer público el caso clínico titulado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_correspondiente a (nombre de paciente) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_m con cédula de identidad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Toda la información será obtenida del historial clínico que consta en el Hospital (nombre del hospital/unidad de salud, clínica u otros, con propósitos puramente académicos y científicos, haciendo uso de la información que de forma verídica le he referido, exámenes de laboratorio, exámenes de imagen, exámenes de patología y demás estudios que se ha considerado pertinente. Del mismo modo solicita mi permiso para tomar fotografías clínicas que serán utilizadas de manera profesional. Manifiesto que he sido informado que estos datos podrán ayudar a personas que padezcan la misma condición médica, que la identidad del paciente no será revelada y que siempre se velará por que la privacidad y anonimato se mantengan en todo momento.

Por lo anterior, autorizo al Doctor (nombre del médico) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, la reproducción de la información antes mencionada y el uso de las fotografías que ha tomado bajo mi autorización.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Md. Esp. (Nombre del Médico) Paciente o Representante Legal

Cédula de Ciudadanía No Cédula de Ciudadanía No

Firma Firma