**Hoja de Información para la publicación de un caso clínico**

Con este consentimiento, se le solicita que considere la posibilidad de permitirle al Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ que use datos correspondientes a su enfermedad para escribir lo que se llama un caso clínico.

**Lea atentamente este consentimiento** y tómese su tiempo para tomar una decisión y hacer cualquier pregunta que pueda tener. **Su decisión de participar es completamente voluntaria** y usted podrá retirar su consentimiento antes de que el caso clínico haya sido publicado, sin tener que dar un motivo o sin que ello altere a la calidad de su atención en el futuro y a sus derechos legales. Una vez que el caso clínico haya sido publicado, no será posible que retire su consentimiento.

Un caso clínico es un documento que recoge información detallada sobre la enfermedad, el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de un paciente en particular, y normalmente se usa para compartir información novedosa que puede ser de utilidad para otros médicos y profesionales de la salud, aumentando así el conocimiento científico. Puede ser publicado (en forma impresa y/o mediante difusión en Internet) para que otros médicos y profesionales de la salud puedan leerlo o presentarlo en una reunión científica.

Debe saber que no se divulgará ningún dato personal (por ejemplo, nombre, fecha de nacimiento, número de historia clínica) y se protegerá su privacidad, de acuerdo a la Ley Orgánica 3/2018 del 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales (LOPDGDD). Aunque su información personal se mantendrá confidencial y protegida en la medida máxima de la ley, al tratarse de una publicación basada en una experiencia única, existe un riesgo muy limitado de pérdida de confidencialidad. El Material puede mostrar o incluir imágenes de su enfermedad o de las lesiones que presente, así como del tratamiento o cirugía que haya tenido, tuviera o pudiera tener en el futuro.

Ud. no se beneficiará directamente de la publicación de este caso clínico. Sin embargo, la información que se puede compartir con otros profesionales de la salud podría mejorar la atención que recibirán otros pacientes en el futuro.

Permitir que su información se use en esta publicación no implicará para Ud. ningún gasto adicional. Así mismo, Ud. no recibirá ninguna compensación.

Si usted precisa mayor información sobre este estudio puede contactar con el Investigador principal del proyecto, el Dr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en la extensión \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del centro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Por último, es importante que sepa que Ud. puede revocar en cualquier momento su participación sin necesidad de dar explicaciones. Así mismo, tiene la facultad de ejercer los derechos de acceso, rectificación supresión, limitación del tratamiento, portabilidad y oposición de sus datos de acuerdo con lo dispuesto en la normativa en materia de protección de datos. Para ejercerlos, deberá dirigirse al investigador principal del proyecto en La Rioja, y cuyos datos de contactos figuran en este documento. También puede contactar con el delegado de protección de datos: comité de seguridad de la información del sistema público de salud de la Rioja (csisalud@riojasalud.es).

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre del paciente  |  |  |
| Descripción de la fotografía, imagen, texto u otro material.  |  |  |

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (NOMBRE Y APELLIDOS), con DNI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, doy mi consentimiento para que el Material sobre mi aparezca en una publicación.

**Confirmo que:** (marque las casillas para confirmar)

□ He leído la información anterior sobre este caso clínico y he entendido cómo se usará la información.

□ He visto la foto, imagen, texto u otro material sobre mí.

□ Estoy legalmente autorizado para dar este consentimiento.

□ Doy permiso para permitir que la información se use en este caso clínico.

□ Doy mi consentimiento al Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para almacenar mi información de contacto, con el único objetivo de contactar conmigo en el futuro, si fuera necesario.

□ He aceptado participar en este caso clínico.

En , a de de 20……

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y Firma del participanteFecha | Nombre y firma del InvestigadorFecha |

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ANTE TESTIGOS**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (NOMBRE Y APELLIDOS DEL TESTIGO), con DNI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, soy testigo de que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE) da su consentimiento para que el Material sobre el paciente aparezca en una publicación.

**Confirmo que:** (marque las casillas para confirmar)

□ El paciente ha leído o se le ha leído la información anterior sobre este Informe de caso y ha entendido cómo se usará la información.

□ Ha visto la foto, imagen, texto u otro material.

□ Ha leído el artículo.

□ Está legalmente autorizado para dar este consentimiento.

□ Da permiso para permitir que la información se use en este Informe de caso.

□ Da su consentimiento al Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para almacenar la información de contacto del paciente, con el único objetivo de contactar con él en el futuro, si fuera necesario.

□ Ha aceptado participar en este Informe de Caso.

Indicar forma de contacto (dirección, dirección de correo electrónico, teléfono):

En , a de de 20……

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y Firma del participanteFecha | Nombre y firma del InvestigadorFecha |