# 

# ANEXO 10

# FORMATO DE CONSENTIMIENTO PARA USO DE INFORMACIÓN PERSONAL

He sido informado sobre el posible reporte de caso sobre mi enfermedad, desarrollado por el(los) investigador(es): ……………………………………………...................

Los investigadores me informan que será necesario el uso de datos clínicos e imágenes de mi caso o enfermedad, para ser usado solamente con fines académicos y de investigación en revistas científicas nacionales o internacionales; en el no aparecerá mi nombre ni ningún otro dato de identificación personal.

Asimismo, he sido informado que mi participación es VOLUNTARIA y que no afectara el cuidado de mi salud de forma alguna.

Por lo antes expuesto y luego de aclarar mis dudas, declaro:

Yo ……………………………………………………………………………. identificado con DNI N° ……………, PACIENTE () / familiar responsable () del paciente/participante:

………….………………………………………………………………………………………………………………………

AUTORIZO el uso y difusión sin identificadores personales de:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TIPO DE DATOS A COMPARTIR | SI | NO |
| 1)Información de mi historia clínica |  |  |
| 2)Fotos de exámenes auxiliares (tomografía, resonancia, entre otros) |  |  |
| 3) registro en videos de mi persona: |  |  |
| a) con ojos cubiertos |  |  |
| b) sin mostrar el rostro |  |  |
| c) que incluyen el rostro |  |  |

Queda constancia de mi autorización mediante la firma de este documento.

Lima, ……………………… 202...

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

PARTICIPANTES/FAMILIAR RESPONSABLE

DNI: