



## *Formulario de consentimiento*

### **Nombre del paciente:**

Relación con el paciente (si el paciente no firma este formulario): \_\_\_\_\_

Descripción de la fotografía, imagen, texto u otro material (Material) sobre el paciente. Se debe adjuntar una copia del Material a este formulario: \_\_\_\_\_

Título provisional del artículo en el que se incluirá el Material: \_\_\_\_\_

### **CONSENTIMIENTO**

Yo, \_\_\_\_\_ [NOMBRE COMPLETO EN LETRA DE IMPRENTA] doy mi consentimiento para que el Material sobre mí/el paciente aparezca en una publicación de \_\_\_\_\_.

Confirmando que: (marque las casillas para confirmar)

- he visto la foto, imagen, texto u otro material sobre mí/el paciente
- he leído el artículo que se enviará a BMJ
- estoy legalmente autorizado para dar este consentimiento.

### **Entiendo lo siguiente:**

- (1) El Material se publicará sin mi nombre/el nombre del paciente, sin embargo, entiendo que no se puede garantizar el anonimato completo.
- (2) Es posible que alguien, en algún lugar (por ejemplo, alguien que cuidó de mí/del paciente o un pariente) pueda reconocerme/reconocer al paciente.

- (3) El Material puede mostrar o incluir detalles de mi enfermedad o lesión/la enfermedad o lesión del paciente y cualquier pronóstico, tratamiento o cirugía que yo/el paciente haya tenido, tuviera o pueda tener en el futuro.
- (4) El artículo se puede publicar en una revista que se distribuya en todo el mundo. Las publicaciones de , \_\_\_\_\_ van dirigidas principalmente a médicos y otros profesionales sanitarios, pero también pueden verlas muchas otras personas, como académicos, estudiantes y periodistas.
- (5) El artículo, incluido el Material, puede ser objeto de un comunicado de prensa y podría accederse a él a partir de enlaces en redes sociales y/o utilizarse en otras actividades promocionales. Una vez publicado, el artículo aparecerá en un sitio web de , \_\_\_\_\_ y también puede estar disponible en otros sitios web.
- (6) Antes de la publicación, se corregirá el estilo, la gramática y la coherencia del texto del artículo.
- (7) Yo/el paciente no recibiré/recibirá ningún beneficio económico derivado de la publicación del artículo.
- (8) El artículo también puede utilizarse en su totalidad o parcialmente en otras publicaciones y productos publicados por , \_\_\_\_\_ y/o por otros editores. Esto incluye la publicación en inglés y traducido, en formatos impreso y digital, y en cualquier otro formato que , \_\_\_\_\_ u otros editores puedan utilizar ahora o en el futuro.
- El artículo puede aparecer en ediciones locales de revistas u otras publicaciones, publicadas en el extranjero.
- (8) Puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento antes de la publicación, pero una vez entregado el artículo para publicación ("esté en prensa"), no será posible revocar el consentimiento.
- (9) Este formulario de consentimiento será retenido de forma segura y confidencial por , \_\_\_\_\_ de conformidad con la ley, pero no más tiempo del necesario.

**Marque las casillas para confirmar los siguiente:**

- Doy mi consentimiento a ,\_\_\_\_\_ para almacenar mi información de contacto con el único objetivo de contactar conmigo, si fuera necesario, en el futuro.
- Cuando este consentimiento se refiera a un artículo en,\_\_\_\_\_ Case Reports, he tenido/el paciente ha tenido la oportunidad de comentar el artículo y estoy satisfecho de que los comentarios, si los hubiera, se hayan reflejado en el artículo.

Firmado:\_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

- Si firma en nombre del paciente, especifique el motivo por el que el paciente no puede dar su consentimiento por sí mismo (p. ej., el paciente ha fallecido, es menor de 18 años o tiene un deterioro cognitivo o intelectual).\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

- Si firma en nombre de una familia u otro grupo, marque la casilla para confirmar que todos los miembros relevantes de la familia o grupo han sido informados.
- Si el paciente es un niño de 7 años o más, también debe confirmar este consentimiento:

Firmado:\_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha:\_\_\_\_\_

Información de la persona que ha explicado y administrado el formulario al paciente o a su representante (p. ej., el autor correspondiente u otra persona que tenga autoridad para obtener el consentimiento).

Firmado: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Centro: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono: \_\_\_\_\_