**Plantilla de formulario de consentimiento informado**

**IRB FORM 7**

**Informe de caso clínico - adultos**

**1. TÍTULO DEL INFORME DEL CASO:** [Debe ser idéntico a otros documentos del IRB]

**2. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN:**

Se le solicita el consentimiento para participar en un informe de caso clínico. Le han diagnosticado una afección médica poco común o su afección tiene algunas características únicas que la hacen notable. Los médicos que han estado a cargo de su tratamiento creen que reportar su caso a otros médicos será beneficioso, al aumentar su conocimiento sobre esta condición médica y ayudar a otros pacientes en el futuro.

**4. PROCEDIMIENTOS Y DURACIÓN:**

Los médicos que escriban el informe de su caso revisarán la información médica importante en su record médico y la escribirán de acuerdo con un formato estándar: historial médico, video o fotos (si corresponde), hallazgos del examen físico, resultados de laboratorio, diagnóstico, tratamiento y se desarrollará una discusión clínica sobre su caso. Se tomarán medidas para proteger su identidad. El informe del caso puede ser presentado en foro científicos o publicado en revistas médicas.

**5. BENEFICIOS**

Escribir este informe de caso no lo beneficiará directamente, pero puede beneficiar a otros pacientes con la misma condición o características similares en el futuro, al ayudar a los médicos a aumentar su conocimiento sobre cómo diagnosticar y tratar a estos pacientes.

**6. CONSENTIMIENTO VOLUNTARIO**

Uste entiende que consentir a que se genere un reporte de su caso es **voluntario**. Su atención médica no se verá afectada de ninguna manera si se niega a dar su consentimiento.

**7. CONFIDENCIALIDAD**

Todos los datos obtenidos para este caso se mantendrán confidenciales. Su identidad no se revelará en futuras publicaciones o presentaciones de este informe de caso.

**8. OTRAS CONSIDERACIONES**

Si tiene alguna pregunta en cualquier momento sobre este estudio o sus derechos, puede comunicarse con el Dr. Simón Carlo, presidente de la Junta de Revisión Institucional de Ponce Medical School Foundation, Inc., teléfono (787) 840-2575, ext. 4758. Además, puede referir sus preguntas al investigadore principal del studio Dr. \_\_\_\_\_\_\_ al teléfono XXX-XXX-XXXX.

**9. CONSENTIMIENTO**

[Esta sección de consentimiento, la sección de firmas y la lista de personas autorizadas para obtener el consentimiento deberían estar en una sola página]

\* He sido informado del motivo de este informe de caso.

\* Me han explicado los procedimientos.

\* Me han respondido todas mis preguntas.

\* He leído cuidadosamente este formulario de consentimiento y he recibido una copia firmada.

\* Doy mi consentimiento de forma voluntaria.

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

Participante / Representante autorizado Fecha Relación, si corresponde

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

Investigador que obtiene este consentimiento Fecha

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

Testigo de la firma Fecha Relación, si corresponde

# Lista de personas autorizadas para obtener el consentimiento

Nombre Título Teléfono Teléfono las 24 horas