

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CASOS CLÍNICOS

El Sr./Sra. _____, con DNI o pasaporte número _____, da su consentimiento al Sr./Sra. _____, con DNI o pasaporte número _____, para recoger datos de su historia clínica y realizar una publicación científica sobre el problema de salud que a continuación se describe: _____.

Entiendo que solo los autores de la publicación científica tendrán acceso a mis datos clínicos, que se recogerán anonimizados, es decir, sin ningún dato de carácter personal, y que se utilizarán exclusivamente con carácter científico y en relación con la exposición en formato de caso clínico.

Se me informará acerca del uso de la información para otro fin diferente a lo anteriormente expresado. Esta autorización se aplica para los datos clínicos que se describen y para los fines que se indican en este documento. He recibido una copia de este formulario de autorización.

Fdo.: El/ la paciente	Fdo.: El/la profesional que solicita el consentimiento
Nombre y apellidos:	Nombre y apellidos:
Fecha:	Fecha:

Copia para el profesional



AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CASOS CLÍNICOS

El Sr./Sra. _____, con DNI o pasaporte número _____, da su consentimiento al Sr./Sra. _____, con DNI o pasaporte número _____, para recoger datos de su historia clínica y realizar una publicación científica sobre el problema de salud que a continuación se describe: _____.

Entiendo que solo los autores de la publicación científica tendrán acceso a mis datos clínicos, que se recogerán anonimizados, es decir, sin ningún dato de carácter personal, y que se utilizarán exclusivamente con carácter científico y en relación con la exposición en formato de caso clínico.

Se me informará acerca del uso de la información para otro fin diferente a lo anteriormente expresado. Esta autorización se aplica para los datos clínicos que se describen y para los fines que se indican en este documento. He recibido una copia de este formulario de autorización.

Fdo.: El/ la paciente	Fdo.: El/la profesional que solicita el consentimiento
Nombre y apellidos:	Nombre y apellidos:
Fecha:	Fecha:

Copia para el paciente