**TÍTULO DEL CASO CLÍNICO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Investigador principal:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(nombre, titulación, institución y teléfono de contacto)*:

Este documento tiene por objeto ofrecerle información con la finalidad de pedir su autorización para recoger datos sobre el problema de salud \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(describir el problema de salud por el que está siendo atendido y se pide autorización para su publicación)* por el que fue o está siendo tratado en este centro.

Por favor, lea este formulario cuidadosamente y tómese su tiempo para tomar su decisión y plantear las cuestiones que pueda tener. Si así lo desea puede llevarse el documento, consultarlo con otras personas y tomarse el tiempo necesario para decidir si autoriza o no. Su decisión es completamente voluntaria. Ud. puede decidir no autorizar el uso de sus datos de salud o puede cambiar de opinión en cualquier momento, pero una vez que el caso clínico haya sido aceptado para su publicación no habrá posibilidad de cambiar de parecer. Le aseguramos que esta decisión no afectará a la relación con el profesional que se lo solicita ni a la asistencia sanitaria a la que Ud. tiene derecho.

**¿Cuál es el propósito de esta petición?**

Nuestro interés es exponer su problema de salud como caso clínico a la comunidad científica, con la finalidad de dar a conocer a otros profesionales cómo ha sido tratado y cómo ha evolucionado. Las publicaciones de este tipo de utilizan típicamente para compartir información nueva y única experimentada por un paciente durante su cuidado clínico, información que puede ser útil para otros médicos y miembros de un equipo sanitario.

**¿Qué me están solicitando?**

Si firma este documento, nos autoriza para recoger datos de su historia clínica y realizar una publicación científica sobre el problema de salud que se describe. Entre la información que queremos recoger, es necesario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(especificar “material sensible” que pueda facilitar la identificación del paciente: fotografías, grabaciones en vídeo o audio u otro soporte de datos. Indicar cómo se va a tratar este material para garantizar la confidencialidad. Si no se puede garantizar la confidencialidad y existe riesgo real de identificación del paciente, facilitar al paciente, antes del envío para su publicación, la versión final del documento que se pretende publicar).*

**¿Obtendré algún beneficio o tendré algún inconveniente?**

No se espera que Ud. obtenga beneficio ni se exponga a ningún riesgo. Con su colaboración contribuirá a aumentar el conocimiento científico y la información recabada podría ser de utilidad en el futuro para otras personas con un problema de salud como el suyo.

**¿Se publicarán los datos del caso clínico?**

**Sí**, en publicaciones científicas dirigidas a profesionales de la salud. Ha de saber que algunas de estas publicaciones pueden ser de acceso libre en internet, por lo que también pueden ser leídas por muchas otras personas ajenas al mundo sanitario. También puede ser comunicada en una conferencia, congreso o incluso una actividad docente. No se transmitirá ningún dato de carácter personal. Si es de su interés, se le podrá facilitar la publicación realizada.

**¿Cómo se protegerá la confidencialidad de mis datos?**

La obtención, tratamiento, conservación, comunicación y cesión de sus datos se hará conforme a lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos (Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016) y la normativa española sobre protección de datos de carácter personal vigente.

Solamente los autores de la publicación científica tendrán acceso a todos sus datos, que se recogerán anonimizados, es decir, sin ningún dato de carácter personal. Le garantizamos que no recogeremos nombre y apellidos, ni fecha de nacimiento, ni DNI, ni número de historia clínica, ni número de Seguridad Social ni código de identificación personal contenido en su tarjeta sanitaria. Aun así, **no podemos garantizar el anonimato absoluto**: podría ocurrir que alguien que le conoce le identifique en la publicación.

Vamos a utilizar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(especificar “material sensible”, según se describió en aclaración anterior)*

El/los profesional/es autor/es de la publicación científica no recibirán retribución específica por la dedicación al estudio. Ud. no será retribuido por autorizar el uso de sus datos de salud.

**Muchas gracias por su colaboración**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

D/Dª \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Leí la información contenida en este documento, y autorizo a que se utilicen los datos clínicos de mi historia clínica en las condiciones que se describen. Se incluye \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(especificar material sensible, según se describió en aclaración anterior)*

□ Se me ha facilitado ver y leer la versión final del documento y autorizo su publicación *(si no se va a utilizar material sensible, eliminar este punto)*

□ Deseo conocer el documento una vez que se haya publicado

Fdo: El/la paciente Fdo: El/la profesional que solicita el consentimiento

Nombre y apellidos: Nombre y apellidos:

Fecha: Fecha:

|  |
| --- |
| **APARTADO PARA LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**  Yo, …………………………………………………………………………… revoco el consentimiento de publicación del caso clínico, arriba firmado, con fecha …­  Firma … |