



### FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REPORTE DE CASO CLÍNICO

Yo, Verónica Bunster (nombre del paciente o representante), doy mi consentimiento para que Dr. Giancarlo Schiappacasse (nombre de persona que reporta el caso) revise mi información de salud con la finalidad de presentarla en una comunicación oral o escrita, en reunión de investigación o en una publicación de caso clínico para una revista científica.

Entiendo que mi nombre no será vinculado de ninguna manera con la información presentada o publicada, resguardando la confidencialidad. Cualquier dato adicional que se obtenga, y que pueda identificarme, solamente podrá ser compartido con mi permiso, conforme la reglamentación vigente.

Si tengo alguna duda respecto lo señalado anteriormente, puedo contactar a Giancarlo Schiappacasse / fono: 223316337. g.schiappacasse@gmail.com (Nombre, correo electrónico y/o teléfono de la persona que hace el reporte).

Si tengo alguna pregunta o duda acerca de mis derechos como paciente, puedo comunicarme con el Comité de Ética Científico del Hospital Militar de Santiago, presidido por la Dra. Daniela Grünholz Gambi, al teléfono 223316921 o al correo electrónico gcec@hms.cl.

He leído la información anterior y se me ha dado la oportunidad de aclarar dudas y discutir las. Mis preguntas han sido contestadas en forma satisfactoria. Estoy de acuerdo en permitir el acceso a mi información de salud al firmar este formulario, lo que significa que otorgo mi consentimiento para fines de presentación y publicación científica. Se me entrega en este acto una copia de este documento.

Verónica Bunster Herrera Verónica de Garmia  
Nombre y Apellidos (dd / mm / aa) 2/07/2019  
del paciente o su representante Firma Fecha

Giancarlo Schiappacasse F. [Firma] 27/06/2019  
Nombre y Apellidos (dd / mm / aa)  
de persona que toma el consentimiento Firma Fecha