

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, GISELA PAZ BECEN CEA SILVA RUT 16.319.863-0,  
domiciliado en VILLA DATAGONIA RE ONCOL N° 38,  
teléfono 92021251, Comuna de VALDIVIA de la  
ciudad de VALDIVIA he sido informado por el  
Dr. AUBERTO FRA CUBILLOS RUT 7937461-K, sobre la necesidad de  
contar con información clínica incluyendo imágenes y datos de laboratorio de mi caso  
clínico. Esto, con la finalidad de ser usada en estudios y publicaciones médicas que  
permitirán mejorar el conocimiento, diagnóstico, tratamiento o prevención de mi  
condición, asegurándome que se mantendrá la confidencialidad respectiva.

Se me ha informado que es una decisión voluntaria, que tengo el derecho a rechazar tal  
solicitud y que ello no menoscabará la atención médica que recibo por parte del  
establecimiento de salud. Además, se me ha comunicado que tanto el investigador como  
yo, no recibiremos ninguna recompensa económica por este estudio.

El investigador me ha explicado que si hay cambios en el tratamiento de mi condición, ello  
me será avisado y explicado.

También se me ha informado que en caso de duda puedo contactar al propio investigador  
en el Subdepartamento radiación del Hospital Base de Valdivia, Bueras 1003,  
Valdivia, en su correo electrónico alberto.fra.cubillos@providencia.cl al Comité de Ética  
Científico del Servicio de Salud de Valdivia en Chacabuco 700, Valdivia o al presidente de  
dicho Comité, en los teléfonos 2281784 o 2265906 de la misma ciudad.

He decidido autorizar libremente tal solicitud, quedando un ejemplar de la autorización en  
mis manos

  
ALBERTO FRA CUBILLOS  
Nombre y firma de persona que toma  
consentimiento informado

  
GISELA CEA  
Nombre y firma paciente o tutor  
representante

RUT 7937461-K

Fecha

17/4/2019

RUT 16.319.863-0