

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REPORTE DE CASO CLÍNICO
REPOSITORIO INSTITUCIONAL “CASUS MERCEDES”
HOSPITAL LAS MERCEDES – CHICLAYO



I. DATOS GENERALES

- Servicio: _____
- Título del Reporte de Caso Clínico: _____
- Fecha: _____

II. INFORMACIÓN AL PACIENTE

Se me ha informado que la información relacionada con mi atención médica podrá ser utilizada con fines exclusivamente académicos para la elaboración de un reporte de caso clínico en el marco de las actividades de docencia e investigación del Hospital Las Mercedes.

Asimismo, se me ha explicado que:

- El reporte será utilizado únicamente con fines formativos o de investigación clínica interna.
- No se incluirá mi nombre ni ningún dato que permita mi identificación directa o indirecta.
- La información será previamente anonimizada antes de su incorporación al Repositorio Institucional “CASUS MERCEDES”.
- El acceso al reporte estará restringido a usuarios autorizados del hospital.
- Mi decisión de autorizar o no el uso de esta información no afectará en ningún caso la atención médica que reciba.

III. AUTORIZACIÓN

Declaro haber recibido información clara y suficiente respecto al uso académico de mi información clínica y, en pleno uso de mis facultades, autorizo voluntariamente que los datos relacionados con mi caso clínico sean utilizados para la elaboración de un reporte de caso clínico con fines académicos internos.

IV. CONSENTIMIENTO

- Autorizo el uso de mi información clínica para fines académicos.
- No autorizo el uso de mi información clínica para fines académicos.

V. FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Nombre completo: _____
Documento de identidad: _____
Firma: _____
Fecha: _____

VI. FIRMA DE LOS PROFESIONALES RESPONSABLES

Nombre: _____
Cargo: _____
Firma: _____
Fecha: _____