**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**FORMULARIO UNIFORME DE CONSENTIMIENTO PARA PUBLICACIÓN EN CUARTA JORNADA NACIONAL DE RESIDENTES DE PSIQUIATRÏA**

## Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , Rut: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En representación (si corresponde) de:

Parentesco: RUT:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ doy mi consentimiento para que mi fotografía y/o antecedentes de mi historia clínica sea presentada la Segunda Jornada Nacional de Residentes de Psiquiatría Adultos.

He hablado de este formulario de consentimiento con, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

quien es autor de este trabajo. He aclarado mis dudas al respecto y entiendo lo siguiente:

* *Entiendo que la finalidad de esto es realizar una investigación o presentación de caso clínico el cual será presentado en congresos o publicado en revistas científicas.*
* *Si bien no recibiré un beneficio directo, los conocimientos obtenidos de este estudio contribuirán a entender mejor mi enfermedad, ayudándome a mí y a otros pacientes.*
* *Accedo a facilitar estos datos de manera voluntaria, no existiendo otro interés por medio.*
* *Mi nombre no será publicado, y en la medida de lo posible todas las señas de mi identidad serán eliminados. Sin embargo, no es posible garantizar el anonimato completo, y alguien puede ser capaz de reconocerme.*
* *Fui informado de mi derecho a revocar el consentimiento en cualquier momento, sin necesidad de explicaciones y sin significar responsabilidad, sanción o pérdida de beneficio alguno.*
* *He realizado las preguntas que consideré oportunas, todas las cuales han sido resueltas, y las considero suficientes y aceptables.*

# Título del manuscrito (Caso Clínico o Trabajo de Investigación) :

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre, RUT y firma del paciente o representante:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(La firma debe ir a la derecha del RUT)

# Nombre, RUT y firma del autor responsable:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

#  *(La firma debe ir a la derecha del RUT)*

FECHA: CIUDAD: