**Consentimiento informado**

México, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 20\_\_\_

Por medio del presente documento se declara que [ Nombre del autor de la investigación] con INE [ En su defecto documento de identidad de su país ], ha informado a [ Nombre del participante en la investigación ] con INE [ En su defecto documento de identidad de su país ], sobre la intención de estudiar, documentar y publicar con fines médicos el caso de estudio correspondiente a (detalle la morbilidad en estudio):

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

Con propósitos puramente académicos y científicos, haciendo uso de la información de la historia clínica, que de forma verídica se ha expresado, el examen físico realizado, los exámenes de laboratorio y gabinete y otros estudios pertinentes.

Del mismo modo autorizo a tomar las fotografías clínicas necesarias las cuales serán utilizadas solo para fines médicos, salvaguardando mi integridad e identidad. Por lo tanto, mi identidad no será revelada y mi privacidad y anonimato se mantendrán en todo momento, bajo el estricto marco legal actual (Pautas del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas – ICMJE y la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares de México o indicar la Ley aplicable en su país).

Manifiesto que he sido notificado que esta información podrá ayudar a personas que padezcan la misma condición médica que padezco y que no se recibirá ningún tipo de beneficio económico por participar en esta investigación.

Habiendo entendido todo lo antes expuesto y estar satisfecho/a con las respuestas a mis dudas, firmo este consentimiento.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| Participante o representante |
| Nombres: |  |
| INE: |  |
| Teléfono: |  |
| Fecha:  |  |
| Lugar: |  |

 |

|  |
| --- |
| Investigador/a |
| Nombres: |  |
| INE: |  |
| Teléfono: |  |
| Fecha:  |  |
| Lugar: |  |

 |