



## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

### FORMULARIO UNIFORME DE CONSENTIMIENTO PARA PUBLICACIÓN EN SEGUNDA JORNADA NACIONAL DE RESIDENTES DE PSIQUIATRÍA

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: \_\_\_\_\_