

**Anexo 13 B CONSENTIMIENTO INFORMADO POR PACIENTE / POR REPRESENTANTE LEGAL PARA REVISIÓN DE CASO CLÍNICO Y PUBLICACIÓN CIENTÍFICA**

TÍTULO: “COLOCAR EL TITULO DE LA PUBLICACION CIENTIFICA/INVESTIGACION”

Yo: xxxxx, con cédula de identidad: xxxx. Leí la información contenida en este documento y autorizo a que se utilicen mis datos personales de historia clínica en las condiciones que se describen.

Se incluye fotografías de radiografías y tomografías computarizadas sin nombres del encabezado.

Deseo se me permita ver y leer la versión final del documento y autorizo su publicación científica resguardando la confidencialidad de mis datos personales

Deseo conocer el documento científico una vez que se haya publicado.

Firma.: El/ la representante legal Firma.: Investigador/a que solicita el consentimiento

Nombre y apellidos: ………………… Nombre y apellidos: ……………………

C.C……………………….. C.C. ………….....

Fecha: ……………………… Fecha: ……………