

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA USO DE DATOS, FOTOGRAFÍAS E IMÁGENES PARA ESTUDIO DE CASO CLÍNICO Y SU PUBLICACIÓN

Panamá, Día () Mes () Año ().

Por medio del presente documento se declara que _____ con cédula _____, ha informado a _____ con cédula _____, sobre la intención de estudiar, documentar y publicar con fines médicos el caso clínico 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 (Ley N° 68 de 20 de noviembre de 2003).

Manifiesto que he sido notificado que esta información podrá ayudar a personas que padezcan mi misma condición médica 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.

Nombres y apellidos	Cédula	Firma	Fecha	Lugar
---------------------	--------	-------	-------	-------

Paciente o Representante Legal

Nombres y apellidos	Cédula	Firma	Fecha	Lugar
---------------------	--------	-------	-------	-------

Investigador/a