



**Consentimiento del Paciente para Publicación**

- Por la presente doy mi consentimiento para que imágenes u otra información clínica relacionada con mi caso sean reportados en una publicación médica.
- Entiendo que mi nombre y/o iniciales no se publicarán y que se harán esfuerzos para ocultar mi identidad, pero que no se puede garantizar el anonimato.
- Entiendo que el material puede publicarse en una revista, sitio web u otra forma de publicación. En consecuencia, entiendo que el material podrá ser visto por el público en general.
- Entiendo que el material puede estar incluido en libros de medicina.
- Entiendo que tengo derecho a negarme a firmar este formulario de consentimiento. Negarme a firmar este formulario de consentimiento no afectará mi atención medica de ninguna manera.

---

Nombre del paciente

---

Fecha de nacimiento del paciente

---

Firma del paciente  
(o representante legalmente autorizado)

---

Fecha

Si usted no es el paciente, ¿cuál es su relación con él o ella? (La persona que da el consentimiento debe ser un sustituto para tomar decisiones, un tutor legal o tener un poder notarial para el paciente):

---

¿Por qué el paciente no puede dar su consentimiento? (por ejemplo, ¿el paciente es menor de edad, incapacitado o fallecido?):

---

Si se van a publicar imágenes del rostro del paciente o marcas corporales distintivas, se debe firmar la siguiente sección además de la primera sección:

Doy permiso para que se publiquen imágenes de mi rostro o marcas corporales distintivas, y reconozco que, por lo tanto, puedo ser identificable, aunque mi nombre y mis iniciales no se publiquen:

---

Firma del paciente  
(o representante legalmente autorizado)

---

Fecha