



CONSENTIMIENTO INFORMADO XXXV CONGRESO MGZ RELONCAVÍ 2025

Yo, _____ RUT: _____ (o en representación de _____ RUT: _____) doy mi autorización para acceder a mis antecedentes de salud e historia clínica al autor _____

(**quien es responsable**) con el fin de ser presentadas en el **XXXV CONGRESO MGZ RELONCAVÍ 2025** o alguna de las instancias que derivan de ésta, así como en el posterior libro de Resúmenes que será publicado. Entiendo que mis datos serán usados de manera anónima, por tanto, mi nombre no será asociado de ninguna manera con la información presentada o publicada. Cualquier información que se obtenga y que me pueda identificar, se mantendrá en confidencialidad y será compartida exclusivamente con mi permiso o de acuerdo con lo requerido por la legislación vigente.

He aclarado mis dudas y estoy de acuerdo en lo siguiente:

- La finalidad es realizar una investigación o presentación de caso clínico el cual será expuesto en la jornada científica.
- Cualquier persona puede leer el material publicado o presentado, no siendo la lectura exclusiva del gremio médico/odontológico.
- Por la exposición de este trabajo no recibo un beneficio directo, sin embargo, los conocimientos obtenidos de este estudio contribuirán a entender mejor mi enfermedad, ayudándome a mí y a otros futuros usuarios.
- 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 eliminadas. 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 TRABAJO: _____

FIRMA PACIENTE O REPRESENTANTE

FIRMA AUTOR/A RESPONSABLE