**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PUBLICACION DE CASOS CLINICOS EN LA REVISTA COLOMBIANA DE HEMATOLOGIA Y ONCOLOGIA**

**Título del Manuscrito:**

**Nombre de los Investigadores y/o Autores:**

Los autores (Doctores) arriba referenciados me han solicitado autorización para la publicación de mi caso clínico en la Revista Colombiana de Hematología y Oncología la cual es una asociación que tiene como objetivo la difusión de información de tipo clínico y académico, sin intereses comerciales. Para esta publicación se utilizara la información que verídicamente le he referido como exámenes de laboratorio y demás estudios pertinentes que se me han practicado, así como los diagnósticos, tratamientos, comentarios y conclusiones.

Igualmente solicitan mi consentimiento para tomar fotografías en mi cuerpo, las cuales serán utilizadas de manera profesional, preservando el anonimato sobre mi persona. (Esto en caso que se requieran Fotografías)

Se me explicó que en ningún caso aparecerá mi nombre, ni otro dato que pueda revelar mi identidad, garantizando siempre la confidencialidad de los datos publicados.

La razón de la publicación es netamente con carácter científico y académico y en ningún caso será utilizado para otros fines.

También, he sido informado de que mi participación en esta publicación, por ser una actividad académica para el progreso de la ciencia y la academia, es totalmente gratuita y voluntaria. Por lo tanto, entiendo, que por mi aceptación no tendrá ningún costo.

También ha quedado claro que mi negativa a aceptar la publicación de mi caso, no alterará en lo absoluto la atención médica de mi enfermedad, ni mucho menos la buena relación que como paciente tengo con mi médico.

He tenido la oportunidad de que se me aclararan todas las dudas que se me presentaron, antes de aceptar esta solicitud.

Autorizo la divulgación de los registros médicos a los investigadores. Recibiré una copia de este formulario de consentimiento firmado y fechado. Al firmar este formulario no renuncio a ningún derecho legal como participante de un estudio de investigación.

**Acepto la publicación de mi caso:**

**Nombres y Apellidos Completos del Paciente:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C.C.No** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_