

# SOCIEDAD ECUATORIANA DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA USO DE DATOS, FOTOGRAFÍAS E IMÁGENES CLÍNICAS PARA REPORTE DE CASO

Lugar:..... Fecha:.....

Por medio de la presente declaro que el Doctor.....,  
con Cédula de Ciudadanía N°.....ha informado  
a....., con Cédula de  
Ciudadanía N°....., sobre su intención de publicar el caso clínico  
correspondiente al paciente:.....  
Historia Clínica N°: .....con Cédula de Ciudadanía N°: .....

Certifico que el Dr. .... ha solicitado mi permiso para el  
uso de la información obtenida a partir del examen clínico, datos de laboratorio y estudios  
imagenológicos, imágenes, videos pre-trans y post quirúrgicos con propósitos académicos  
y científicos. Manifiesto que he sido informado sobre la publicación de mi caso clínico en  
revista, congreso, curso o artículo, el cual podría ayudar a personas que padezcan la  
misma condición médica. Así mismo, que mi identidad no será revelada, precautelando en  
todo momento mi privacidad y anonimato.

Por lo anterior, autorizo al Doctor ....., la reproducción  
de la información antes mencionada.

---

Firma Médico

---

Firma del paciente o representante legal