Documento de consentimiento

**Consentimiento del paciente para la publicación de material relacionado con él o ella en una revista médica**

**Descripción del artículo, contenido, fotografía o video:**

**Autor que envia el artículo:**

Doy mi consentimiento para que todo o parte del material mencionado anteriormente aparezca en la publicación de una revista médica. Entiendo que el material puede representar mis condiciones médicas. Entiendo que: mi nombre no se publicará con el material y que se hará todo lo posible para mantener mi anonimato. Entiendo, sin embargo, que es posible que alguien me reconozca por las imágenes y/o el contenido. El uso del Material relacionado conmigo puede incluir, entre otros, la publicación en ediciones impresas y electrónicas de publicaciones periódicas, en sitios web, en ediciones sublicenciadas o reimpresas (incluidas ediciones en idiomas extranjeros) y en otros trabajos derivados de productos. Entiendo que no recibiré, y renuncio a cualquier derecho a recibir, cualquier pago o regalías en relación con el uso del material.

El Material puede ser editado, modificado y retocado.

**Nombre del paciente :**

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Imprimir nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Número de teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_