

El Centro de Referencia Perinatal Oriente (CERPO) entrega atención integral a mujeres embarazadas cuyos fetos presentan malformaciones congénitas mediante un equipo multidisciplinario donde participan diversos especialistas según lo requiera cada caso, con el fin de brindar mayores oportunidades a los recién nacidos, mejorar el manejo obstétrico, realizar diagnóstico y terapia fetal, además de preparar y dar apoyo psicológico a los padres y/ cuidadores.

El Centro de Referencia Perinatal Oriente es un centro **asistencial docente** lo que permite incrementar, mejorar y difundir el conocimiento de esta área de la medicina para las pacientes, mediante investigación científica y docencia a través de los Programas de Pregrado y de Postgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Yo, _____,

Rut: _____ - ____, con fecha: _____ inicio mis controles de forma

voluntaria en el Centro de Referencia Perinatal Oriente por la **condición de mi embarazo**.

Dado esto, expreso mi autorización para las siguientes situaciones:

	SI	NO
1. Ser atendida por diversos profesionales especialistas y médicos en formación (neonatólogos, ginecólogos, perinatólogos, genetista, matrona, psicóloga, trabajadora social, cardiólogos, cirujanos, entre otros)		
2. La toma de fotos, videos, grabaciones con fines clínicos o docentes, de acuerdo a la Ley de deberes y derechos de las pacientes		
3. Presentación de mi historia clínica en reuniones del Comité Perinatal, instancia formal que resuelve técnica y administrativamente la conducta y manejo integral de las pacientes, donde los profesionales pueden tomar decisiones de forma confidencial y restringida sobre mi mejor manejo clínico.		
4. Autorizo voluntariamente el uso de mi información siempre y cuando sea de forma anónima y con fines estadísticos, para ser publicada en revistas científicas y/o de investigación, previa autorización de un comité de ética científico acreditado .		
5. Autorizo voluntariamente la presentación de información en Reuniones Clínicas, Telemedicina o Telegenética contenida en: ficha clínica única, videos o fotografías en forma confidencial y restringida, con fines docentes y de un mejor manejo clínico.		
6. Autorizo que me pueden contactar al año y a los 5 años después del parto para seguimiento		
7. Se me ha explicado que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, sin que esta decisión perjudique la oportunidad y calidad de la atención recibida		

FIRMA PACIENTE O FIRMA TUTOR LEGAL <small>(según corresponda)</small>	FIRMA Y TIMBRE O RUT MÉDICO TRATANTE
--	--------------------------------------