



## ANEXO CONSENTIMIENTO AUTORIZACION USO DE INFORMACION EN PACIENTES CERPO

En Santiago, a.....de ..... de 202...

Yo..... Rut.....

estoy siendo controlada voluntariamente en el CERPO por la condición de mi embarazo. Declaro estar en conocimiento que este es un centro docente asistencial.

1.- Autorizo voluntariamente la presentación y/o publicación de información clínica, videos o fotografías en Reuniones Clínicas, sitio web del CERPO, Telemedicina y Telegenética en forma confidencial y restringida, con fines de un mejor manejo clínico y con fines docentes.

Sí..... No.....

2.- Autorizo voluntariamente se me contacte al año y a los cinco años después del parto para el seguimiento del estado de salud de mi hijo (a).

Sí..... No.....

3.- Autorizo voluntariamente el uso de esta información, en forma anónima en publicaciones científicas e investigación, previa autorización de un comité de ética científica.

Sí..... No.....

4.- 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

Sí..... No.....

.....  
**Firma paciente**

.....  
**Firma profesional**

.....  
**Firma representante legal**

.....  
**Nombre profesional**

.....  
**Nombre representante legal**

.....  
**RUT profesional**

.....  
**RUT representante legal**