



AUTORIZACION USO DE INFORMACION

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

Yo.....

Rut....., estoy siendo controlada mediante telemedicina voluntariamente en el CERPO por la enfermedad de mi embarazo.

Declaro estar en conocimiento que este es un centro docente asistencial.

Por lo tanto autorizo la presentación y o publicación de información clínica, videos o fotografías en Reuniones Clínicas, sitio web del CERPO, Telemedicina y Telegenetica en forma confidencial y restringida, con fines de un mejor manejo clínico.

Asimismo autorizo el uso de esta información, en forma anónima en publicaciones científicas, docencia o investigación.

Los derechos los concedo al Centro de Referencia Perinatal Oriente (CERPO), Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

.....

Firma