



## **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.      **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, docencia o investigación.      **Sí.....      No.....**

4.- Concedo voluntariamente los derechos al Centro de Referencia Perinatal Oriente (CERPO), Facultad de Medicina, Universidad de Chile.      **Sí.....      No.....**

5.- Se me ha explicado que el NO autorizar cualquiera de los puntos anteriores, no influirá en mi atención clínica en CERPO.      **Sí.....      No.....**

.....  
**Firma paciente**

.....  
**Firma profesional**

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

.....  
**Nombre profesional**

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

.....  
**RUT profesional**

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