

**Consentimiento informado.**  
**Asociación de medicina interna de Rosario.**



Yo, .....he sido invitado/a a colaborar en una actividad con propósitos educativos. La misma consiste en que parte o todos los datos de mi historia clínica incluidos los exámenes complementarios (por ejemplo mis análisis de laboratorio y radiografías) podrán ser empleados en actividades de enseñanza. Esto significa que podrán conocerlas y discutir las estudiantes y profesores. Asimismo, podrían ser empleados con fines científicos en reuniones y publicaciones médicas.

El doctor..... responsable de esta actividad me ha explicado todo el proceso en detalle, y me asegura que se tomarán todas las medidas para resguardar mi identidad (nombre, apellido y/o dirección, datos filiatorios). Me ha explicado que puedo rehusarme a participar sin que ello me cause ningún inconveniente ya que seré igualmente cuidado/a y atendido/a.

Habiendo entendido lo que se expone en el presente documento, doy mi consentimiento informado para que mi historia clínica sea empleada, resguardando siempre mi identidad.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente.

\_\_\_\_\_  
Firma de un testigo.

\_\_\_\_\_  
Firma del médico.

\_\_\_\_\_  
Firma del responsable académico  
Centro formador AMIR

Fecha y hora.....