

Formulario de consentimiento informado

↓ A cumplimentar por el/la autor/a

Nombre y apellidos del autor/a:
Centro de trabajo:
Nombre y apellidos del paciente:
Descripción breve de la fotografía, imagen, texto u otro material que se prevé publicar:
Título provisional del artículo en el que se incluirá el material:
Nombre del autor/a: Firma: Fecha:

↓A cumplimentar por el/la padre/madre o tutor/a

Nombre y apellidos del padre/madre/tutor (o paciente con 14 o más años):	
DNI:	
(Marcar con una X las casillas):	
<input type="checkbox"/>	Confirmando que doy mi consentimiento para que la información sobre mi hijo/a se incluya en una publicación científica en la <i>Revista Pediatría de Atención Primaria</i>
<input type="checkbox"/>	He leído la información proporcionada y he entendido cómo se usarán los datos de mi hijo/a
<input type="checkbox"/>	He visto las imágenes que se prevé publicar, y he sido informado/a de los demás datos incluidos en el artículo
<input type="checkbox"/>	Estoy legalmente autorizado/a para dar este consentimiento
Doy mi consentimiento al Dr./Dra. y al centro para almacenar mi información de contacto, con el único objetivo de contactar conmigo en el futuro, si fuera necesario	
Indique la forma de contacto:	
Dirección postal:	
Correo electrónico:	
Teléfono:	
Nombre del padre/madre o tutor/a legal:	
Firma:	
Fecha:	

Debe entregarse a los padres/tutores del menor una copia

Otra copia deben tener los/las autores/as de la comunicación

Otra copia enviar a 27jpap@gmail.com (en asunto indicar título de comunicación).