



Consentimiento para toda divulgación de información médica a ser utilizada para la publicación como informe de caso escrito y exención de responsabilidad / *Consent to all release of medical information to be used for publication as a written case report and release of liability*

Yo, la persona que suscribe, doy mi consentimiento mediante el presente documento para permitir al hospital de Texas Health Resources, _____ ("Texas Health"), usar mi información médica para escribir un informe de caso con respecto a mis cuidados médicos mientras fui paciente en el hospital de Texas Health Resources.

Entiendo que Texas Health quisiera usar mi información médica para escribir un informe de caso. Entiendo que se mantendrá la estricta confidencialidad de toda mi información médica. La información médica incluida en el informe de caso solamente contendrá resultados de evaluaciones y seguimientos. No se mencionarán nombres ni números que puedan identificarme.

Entiendo que el propósito de este informe de caso escrito es el de compartir información sobre tratamientos médicos con otros médicos y profesionales de atención médica, y que el informe será presentado ante una revista médica para su posible publicación.

Entiendo que no recibiré ningún pago ni reembolso de ninguna forma por el uso actual o futuro de mi información médica con relación al informe de caso. Mediante el presente documento, renuncio a todo derecho de inspeccionar o aprobar el producto o productos terminados que puedan utilizarse en relación con dicho informe, o el uso al cual pueda ser aplicado.

Mediante el presente documento, libero y acepto liberar y eximir de toda responsabilidad al hospital, a Texas Health Resources, sus filiales y directores, funcionarios, empleados, agentes, pacientes, representantes y personal médico, de cualquier lesión y/o daño sufrido como consecuencia de dichas publicaciones, lo que incluye, entre otras cosas, reclamaciones por lesiones personales, daños a la propiedad, invasión de la privacidad y/o violación de la confidencialidad.

He leído y entiendo este consentimiento antes de firmarlo.

Firma / *Signature* _____ Fecha / *Date* _____

Favor de usar letra de imprenta / Please Print:

Nombre / *Name* _____ Número de teléfono / *Phone* _____

Dirección / *Address* _____

Ciudad / *City* _____ Estado / *State* _____ Código postal / *Zip* _____