



**Consentimiento para la divulgación de toda la información médica que se utilizará para su publicación como reporte de caso escrito y descargo de responsabilidad**

Por la presente, yo, el suscrito, otorgo mi consentimiento para permitir que mi médico utilice mi información médica para redactar un reporte de caso sobre mi atención médica mientras soy paciente en el hospital Texas Health Resources.

Entiendo que a mi médico le gustaría utilizar mi información médica para redactar un reporte de caso. Entiendo que toda mi información médica se mantendrá estrictamente confidencial. La información médica contenida en el reporte del caso solo contendrá los resultados de la evaluación y el seguimiento. No se mencionarán nombres o números que puedan identificarme.

Entiendo que el propósito de este reporte del caso escrito es compartir información referente al tratamiento médico con otros médicos y profesionales sanitarios y que el reporte se enviará a una revista médica para su posible publicación.

Entiendo que no recibiré ningún pago ni reembolso por el uso actual o futuro de mi información médica en relación con el reporte de caso. Por medio de la presente renuncio a cualquier derecho de inspeccionar o aprobar el producto o productos terminados que puedan usarse en relación con el mismo o el uso al que puedan aplicarse.

Por medio de la presente libero y acepto eximir de responsabilidad a Texas Health Resources, sus filiales y fideicomisarios, ejecutivos, empleados, agentes, pacientes, representantes y personal médico de cualquier lesión y/o daño sufrido como resultado de dichas publicaciones, incluidas, entre otras, 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 firmar.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

*En letra de imprenta:*

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_