**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Lima, de del 2019

Yo, con DNI Nº

acepto participar en **el QARA RAYMI 2019 - VI REUNIÓN NACIONAL CLINICO TERAPÉUTICA** organizado por el Círculo Dermatológico del Perú, se me ha explicado y tengo conocimiento que se expondrá mi caso clínico incluyendo información referente a mis antecedentes personales, historia de enfermedad actual, resultados de laboratorio. Mi diagnóstico clínico e imágenes histopatológicas de las biopsias que se me realizaron en el Servicio de Dermatología del **Hospital** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Así mismo estoy de acuerdo en mi participación en la presentación en vivo, en la cual se mostrarán mis lesiones de piel a los médicos asistentes.

Tengo conocimiento también que mi identidad no será revelada durante el evento, el cual es una reunión que persigue intereses netamente académicos y en el que participan Médicos Residentes y Asistentes de Dermatotogía y Dermatopatología.

Después de la presentación de mi caso se me informará de las conclusiones derivadas de la discusión del mismo en beneficio de proponer pruebas diagnósticas adicionales y terapéuticas. Por tanto doy mi consentimiento para que se presente mi caso.

FIRMA DEL PACIENTE HUELLA DIGITAL