

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lima, de del 2023

Yo, _____ con DNI N° _____

acepto participar en el **QARA RAYMI 2023 - VIII 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** _____

Asimismo, estoy de acuerdo con 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 Dermatología 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