**COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO UNIVERSIDAD FINIS TERRAE**

**Re-acreditado por SEREMI de Salud**

**Resolución Exenta N°2313656478  del 08 de abril de 2024**

**FORMULARIO SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE CASO CLÍNICO**

 Completar digitalmente todos los ítems del formulario. Si alguno de ellos no es pertinente, indicar “NA” (no aplica)

| **Fecha presentación solicitud:** |
| --- |

| **1. IDENTIFICACIÓN DE LA PUBLICACIÓN** |  |
| --- | --- |
| Título de la publicación:  |  |
| Nombre Investigador Responsable:  |  |
| Correo electrónico IR: | teléfono IR: |  |
| Centro: |  |
| Servicio/Departamento: |  |

| **Este estudio de casos ¿Ha sido presentado a otro Comité Ético Científico del país?**  |
| --- |
|  **SI** |  |  Indique a cuál o cuáles: |
|  **NO** |  |

| **2. TIPO DE PRESENTACIÓN.** Marque las categorías pertinentes |
| --- |
| Caso clínico único |  |  |
| Serie de casos |  |  |
| Nº de casos |  |  |
| Observaciones: |

| **3. NOMINA EQUIPO INVESTIGADOR** |
| --- |
| Nombre |  Profesión | Función en la investigación |  Tiempo dedicado Horas semanales |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

| **4. MARCO TEÓRICO Y PROPÓSITO DE LA PUBLICACIÓN DEL CASO** **Máximo 1 pág.** | Presentar antecedentes generales, explicar hipótesis y propósitos de la publicación. |
| --- | --- |
|  |

| **5. MATERIALES Y MÉTODOS.**  **Máximo 1 pág.** | Mencionar aspectos a los que se exponga a la persona participante de la publicación como revisión de ficha clínica, registros, exámenes, datos personales u otros. Especifique N° de fichas a revisar. |
| --- | --- |
|  |

| **6. JUSTIFICACIÓN.**  **Máximo 1 pág.** | Explique la justificación e importancia de la publicación de este(os) caso(s).  |
| --- | --- |
|  |

| **7. ASPECTOS ÉTICOS. Seleccione la opción pertinente.** | **SI** | **NO** | **NO****APLICA** |
| --- | --- | --- | --- |
| 7.1. | La publicación aquí considerada beneficiará directa o indirectamente a los pacientes participantes. Especifique si su respuesta es **SI**.  |  |  |  |
|  |  | **SI** | **NO** | **NO****APLICA** |
| 7.2. | La publicación será conocida por los pacientes participantes. Especifique porqué si su respuesta es **NO**.  |  |  |  |
|  |  | **SI** | **NO** | **NO****APLICA** |
| 7.3. | ¿Tienen los investigadores afiliación o algún compromiso económico o de otra naturaleza con alguna compañía o institución no especificada que pudiera estar interesada en beneficiarse con la publicación de este(os) caso(s)? Especifique si su respuesta es **SI**. Indique la naturaleza del compromiso  |  |  |  |
|  |  | **SI** | **NO** | **NO****APLICA** |
| 7.4 | Este estudio ¿utiliza revisión de fichas, encuestas, entrevistas u otras formas para obtener datos personales directamente desde el o los casos publicados? Especifique si su respuesta es **SI**  |  |  |  |
|  |  | **SI** | **NO** | **NO****APLICA** |
| 7.5. |  La revisión de fichas, encuestas, entrevistas u otros, serán realizadas bajo **consentimiento informado**. Especifique si su respuesta es **NO**.  |  |  |  |
|  |  | **SI** | **NO** | **NO****APLICA** |
| 7.6. |  ¿La obtención de los datos personales expone a los participantes en alguna situación que pueda vulnerar su dignidad, causar daño emocional, moral u otro? Especifique |  |  |  |
|  |  | **SI** | **NO** | **NO****APLICA** |
| 7.7 | La publicación especifica el destino de los datos personales y asegura **confidencialidad**. Especifique cadena de custodia de datos y restricciones a su uso. |  |  |  |
|  |  | **SI** | **NO** | **NO APLICA** |
| 7.8 | La publicación considera la inclusión de individuos vulnerables. Señale medidas de protección en caso de vulnerabilidad. |  |  |  |
|  |  | **SI** | **NO** | **NO APLICA** |
| 7.9. | ¿Existen algunas otras consideraciones éticas que deban ser evaluadas? Especifique si su respuesta es **SI**. |  |  |  |

Nombre y Firma del Investigador ResponsableFecha