

Consentimiento Informado

Organización: Depto. de cirugía cardiovascular, Hemodinámica e intervencionismo, Hospital CEMESA.

Código del Instrumento:001

Fecha: 21 - 10 - 19

Estimado Sra. Angela Marina del Pilar Navas

Por medio de la presente lo invitamos a participar en el reporte de caso denominado **"Tumor cardíaco primario: mixoma auricular. Presentación de caso"**.

El objetivo de este reporte de caso es describir la presentación clínica, comorbilidades asociadas, manejo quirúrgico y posoperatorio de su condición al cual estuvo a cargo el servicio de cirugía cardiovascular y hemodinámica e intervencionismo del Hospital CEMESA.

Parte del estudio se realizará por medio de una descripción detallada de su historia clínica, por tal razón le pedimos su autorización para poder presentar sus datos con el fin de publicarlo en una revista médica y presentarlo a un congreso científico de investigación. Su participación es totalmente voluntaria y si no participa, su atención no será afectada de ninguna manera.

Confidencialidad

Le garantizamos que los datos que obtengamos de su historia no tendrán ninguna información que lo identifique directamente y será guardado de manera privada y secreta y nadie aparte de los investigadores tendrán acceso a verla. Puede realizar preguntas durante la realización del reporte, pero si presenta más dudas puede contactar a las siguientes personas:

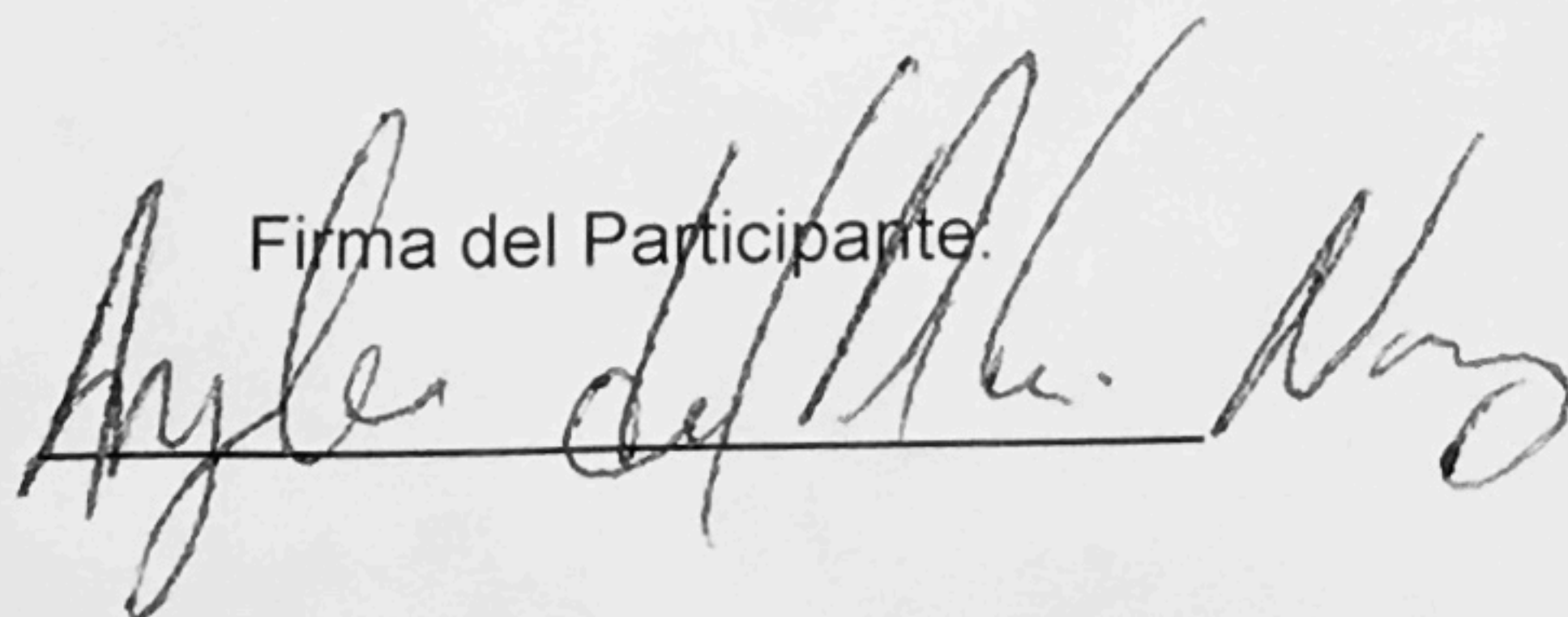
Dr. Ramses Amaya Handal – 504 99881604/ ramayahandal@hotmail.com

Juan Fernando Toledo - 504 32470700 / jut1997@hotmail.com

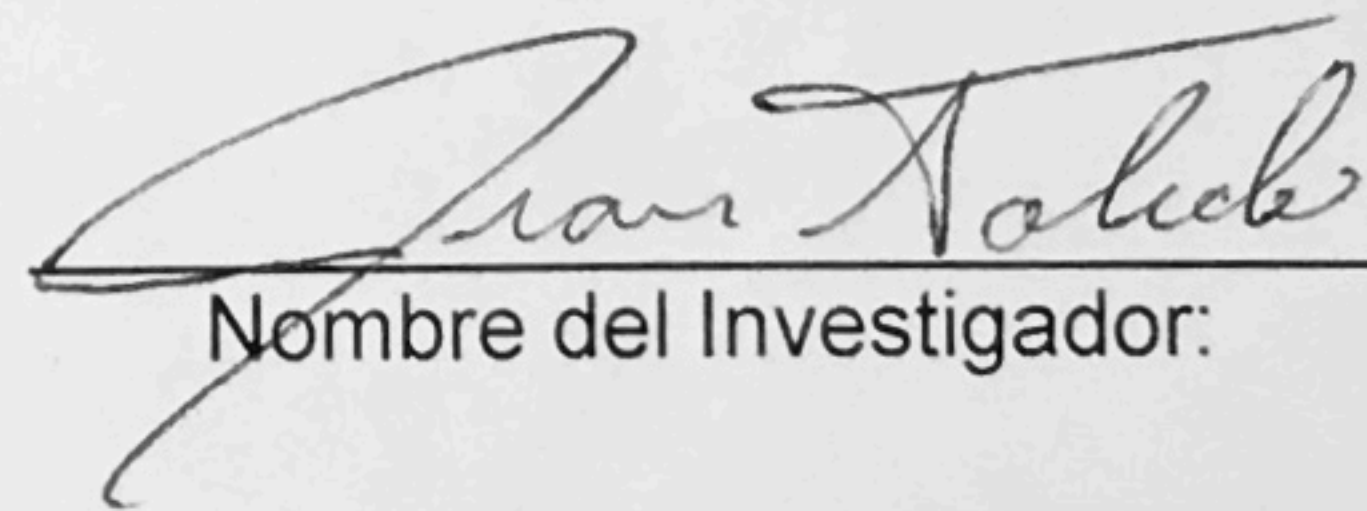
Cualquier asunto relacionado con los aspectos éticos de esta investigación, puede contactar al Dr. Jaime Núñez al correo: jnunez@unicah.edu

He leído la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente a participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

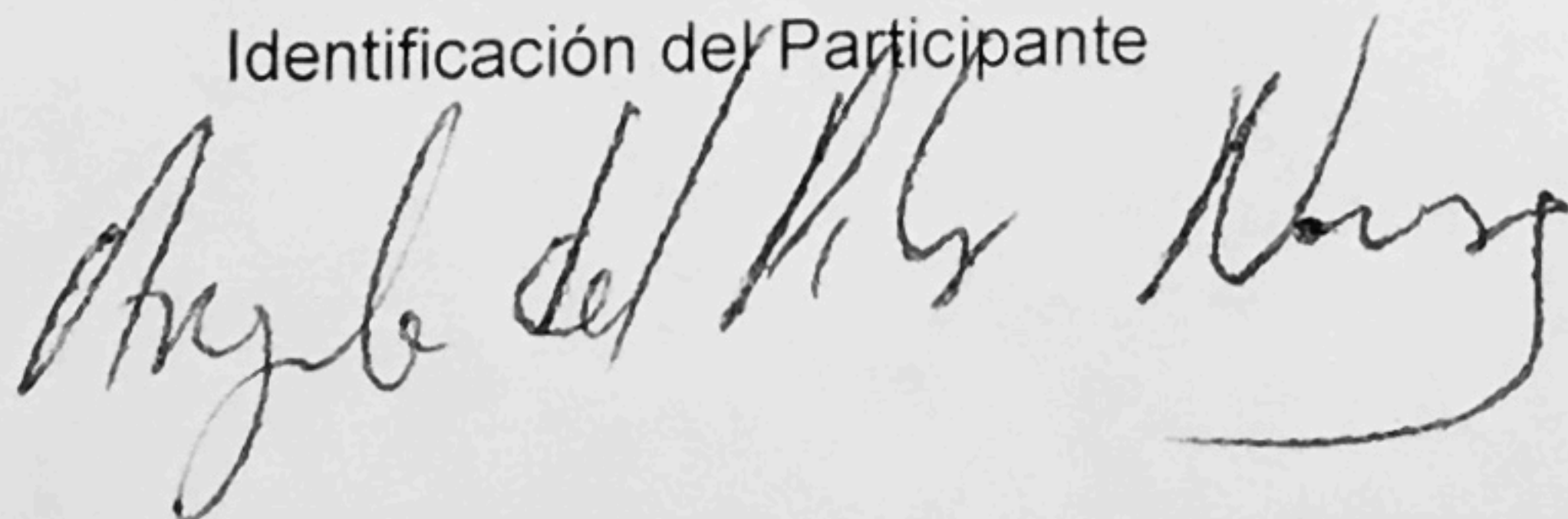
Firma del Participante:



Nombre del Investigador:



Identificación del Participante



Firma del Investigador:

