FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO: **Atlas electrónico de los síndromes de malformaciones en seres humanos de poblaciones diversas**

Nombre de la persona que se menciona en el artículo o que se muestra en la fotografía: _____

Tema, fotografía o artículo: _____

Yo, _____ [escriba el nombre completo] doy mi consentimiento para que esta información sobre MÍ MISMO/MI HIJO O PUPILO/MI PARIENTE [encierre en un círculo la opción que corresponda], relacionada con el tema mencionado anteriormente (en lo sucesivo, "la información"), aparezca en el **Atlas electrónico de los síndromes de malformaciones en seres humanos de poblaciones diversas y en artículos de revistas médicas.** He consultado y leído el material que se enviará a la página web de los Institutos Nacionales de la Salud (NIH), y comprendo lo siguiente:

La información se publicará sin incluir mi nombre y los NIH harán lo mejor posible para asegurar mi anonimato; sin embargo, entiendo que no se puede garantizar total anonimato. Es posible que alguien en alguna parte (tal vez, por ejemplo, una persona que me haya atendido si estaba hospitalizado o un pariente) me pueda identificar.

La página web es exclusivamente un recurso para profesionales médicos; su objetivo es ayudarles a diagnosticar y tratar los síndromes de malformaciones. Será necesario obtener autorización para usar las fotografías y otra información con fines distintos, pero es posible que otras personas que no sean médicos, incluidos periodistas, consulten dichas fotografías o información.

Los médicos responsables de la página web también pueden usar la información completa o parcialmente en otras publicaciones, como revistas médicas.

Los NIH no permitirán que la información se use en publicidad o empaques, o que se utilice fuera de contexto (por ejemplo, no se usará una fotografía para ilustrar un artículo que no esté relacionado con el tema de dicha fotografía).

Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmarla no afectará, en lo absoluto, mi capacidad de acceder a tratamientos médicos ni de participar en investigaciones clínicas de mi médico personal o de los Institutos Nacionales de la Salud. Asimismo, entiendo que esta autorización se puede revocar por escrito en cualquier momento.

_____

Firma del paciente, padre de familia o tutor legal

_____

Firma del médico o representante