

Nombre del artículo: \_\_\_\_\_

Autor de correspondencia: \_\_\_\_\_

Doy mi consentimiento para que este artículo sea publicado en el *Puerto Rico Health Sciences Journal* (PRHSJ).

He tenido la oportunidad de ver y leer el artículo que se presentará en la revista.

Entiendo lo siguiente:

1. El PRHSJ publica reportes de casos e imágenes clínicas de pacientes.
2. La revista está dirigida mayormente a médicos y profesionales de la salud, pero puede ser vista por cualquier persona.
3. Los artículos están disponibles gratuitamente en el portal electrónico de la revista (<http://prhsj.rcm.upr.edu/>).
4. Mi nombre no aparecerá en el manuscrito y el PRHSJ tratará en todo lo posible de asegurar mi anonimato. Entiendo, sin embargo, que no se me puede garantizar el anonimato completamente. Es posible que médicos y profesionales de la salud que me conozcan, o un pariente, puedan identificarme.
5. La información podrá también ser usada en su totalidad o parcialmente en otras publicaciones a las cuales el PRHSJ otorgue licencia para usar su contenido.
6. Puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento antes de la publicación.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante legal  
del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del representante legal  
del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si fue firmado por un representante legal, describa la relación con el paciente: \_\_\_\_\_