Consentimento Informado

Formulário de Consentimento Informado preenchido pelo participante ou seu representante para Publicação de material identificável na Revista Portuguesa Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço

Nome da pessoa descrita no artigo ou mostrada na fotografia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assunto da fotografia ou do artigo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Título do artigo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autor correspondente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [coloque o nome completo] dou o meu consentimento para que estas informações sobre a Minha Pessoa/Meu (Minha) Filho(a) ou Tutelado / Parente [marque a descrição correta], relativas ao assunto supracitado, sejam publicados na Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Vi e li o material a ser submetido à Revista e compreendo o seguinte:

1) A publicação destas informações tem um propósito científico, para ensino e documentação de aspectos relacionados com a prática médica.

2) As informações serão publicadas sem o meu nome anexado e a revista fará o melhor possível para assegurar o anonimato. Compreendo, no entanto, que a anonimato completo pode não ser garantido.

3) As informações podem ser publicadas na Revista, que é distribuída no mundo inteiro.

4) As informações também serão colocadas no *website* da revista.

5) Não poderei revogar o meu consentimento uma vez que as informações tenham sido comprometidas para publicação.

 Assinatura\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_