



CONSENTIMIENTO INFORMADO
(Ley General de Salud 26842)
PARTICIPACION EN EL REGISTRO PERUANO DE
HIPERTENSION PULMONAR

Hospital.....
Servicio Asistencial.....**N° H.C.**.....
Apellidos y Nombres.....
D.N.I......**Fecha**.....
Diagnostico.....
Teléfono.....

Como paciente, familiar o representante legal en el caso de paciente incapacitado, tiene derecho a ser informado para que en forma voluntaria acepte o rechace el presente consentimiento de investigación.

El Registro Peruano de Hipertensión Pulmonar a cargo del Consejo de Hipertensión Pulmonar de la Sociedad Peruana de Cardiología tiene por objetivo recolectar los datos clínicos de pacientes que tengan como diagnostico Hipertensión Pulmonar procedentes de Hospitales Nacionales de Salud, Hospitales de Essalud, y entidades privadas de todo el Perú para conocer las características clínicas, perfil epidemiológico y etiología de la enfermedad y en base al análisis de los resultados proponer estrategias adecuadas que ayuden a la prevención Diagnostico, control y tratamiento de esta enfermedad a nivel nacional.

El registro creara una base de datos donde se procesaran los datos clínicos concernientes a su enfermedad y a los pacientes que participen en el presente registro y los resultados se presentaran en los principales actividades Nacionales e Internacionales de la Sociedad Peruana de Cardiología.

Conservaremos la privacidad de sus datos personales asignándole un código especial, este enlace de código de registro con sus datos personales se almacenará en una ubicación segura por separado.

¿Cuales son los posibles riesgos de mi participación en el registro?

No hay ningún riesgo de lesiones físicas de su participación en este registro de investigación.

¿Cuales son los beneficios de mi participación en el registro?

La información de sus datos clínicos, se usará con el propósito de mejorar el conocimiento y tratamiento de esta enfermedad a nivel nacional y esta información puede beneficiarlo indirectamente a Ud. a través de su medico tratante en el manejo de Co-ocurrencias médicas en el futuro.

¿Tendré que asumir algún costo por mi participación en el registro?

No hay ningún costo que deba asumir por participar en este registro; y no recibirá ningún pago por su participación en esta investigación.

Toda la información pasada, presente y futura de su expediente medico se guardará en el presente registro y el acceso directo a esta información se limitará a los investigadores del Consejo de Hipertensión Pulmonar de la Sociedad Peruana de Cardiología para el procesamiento de datos, ninguna información obtenida de este registro podrá identificarlo a Usted; sin embargo sus expedientes pueden ser inspeccionados por organismos supervisores de salud nacional de acuerdo a ley.

Usted puede retirar en cualquier momento su consentimiento de participar en este registro y tiene plena libertad de hacer preguntas en cualquier momento acerca de este registro comunicándose con los médicos Cardiólogos responsables del Consejo de hipertensión pulmonar de la sociedad Peruana de Cardiología periodo 2015-2017

(Dr. José G. Ercilla Sánchez – Instituto Cardiovascular - Essalud telf: 999048572; Dra. Victoria Armas- Hospital Arzobispo Loayza telf: 999007703; Dr. Saúl Sanabria - Instituto Nacional Cardiovascular- Essalud telf: 992767264)

Mediante la presente, en calidad de paciente o representante legal del paciente, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro haber recibido y entendido la información sobre el Registro Peruano de Hipertensión Pulmonar dirigido por el Consejo de Hipertensión Pulmonar de la Sociedad Peruana de Cardiología. Así mismo manifiesto que en cualquier momento puedo realizar preguntas sobre alguna duda concerniente al registro. Manifiesto que he recibido la información completa acerca de los objetivos y fines del presente registro y comprendo los beneficios que esta conlleva. En tales condiciones otorgo mi consentimiento para que los datos médicos de mi enfermedad puedan ser incluidos en este registro.

Firma del paciente o Representante Legal
Nombres y apellidos.....
.....
.....
DNI:.....

Firma y Sello del Medico informante
Nombres y apellidos.....
.....
.....
DNI:
CMP:
RNE.....

REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO

Firma del paciente o Representante Legal
Nombres y apellidos.....
.....
.....
DNI:.....

Firma y Sello del Medico informante
Nombres y apellidos.....
.....
.....
DNI:
CMP:
RNE.....