

## Consentimiento Informado para la Publicación de Descripciones o Material Identificable

### en las Revistas Científicas *Neurology*®

Yo brindo mi consentimiento para la publicación de información relacionada a mi condición médica en el material referido debajo ("Material"). Esta información será publicada en una de las revistas científicas *Neurology*® de la Academia Americana de Neurología (AAN, por sus siglas en inglés) y en cualquiera de los trabajos o productos derivados de esta en cualquier tipo de medio a nivel mundial (por ejemplo: páginas web, redes sociales).

El Material, que puede incluir artículos o reportes médicos describiendo al paciente, o fotografías, figuras, e imágenes, o videos, es generalmente descrito de la siguiente manera:

#### **Autor: Por favor complete lo siguiente:**

Descripción del artículo y de otros contenidos: \_\_\_\_\_

Nombre del autor: \_\_\_\_\_

---

#### **Paciente: Por favor complete lo siguiente:**

Yo entiendo que:

- El Material puede describir o representar condiciones médicas.
- No se publicarán nombres con el Material, pero no se puede garantizar la anonimidad completa. Entiendo que es posible que alguien pueda reconocer al paciente u otros individuos de las imágenes y/o contenido acompañante.
- El uso del Material relacionado al paciente puede incluir la publicación en las ediciones impresas o electrónicas de las publicaciones de la AAN, o páginas web relacionadas, en plataformas relacionadas, en ediciones sublicenciadas o reimpresas (incluyendo ediciones en otros idiomas), y en otros trabajos o productos derivados. Entiendo que es posible que el Material pueda ser copiado y publicado en línea o impreso por terceros sin nuestro permiso.
- Otorgo todos los derechos que pueda tener en el Material a la Academia Americana de Neurología. Entiendo que nunca voy a recibir un pago o regalías en conexión al uso del Material.
- El Material puede ser editado, modificado, y retocado.

Por favor, marque **solo una** de las opciones luego de leer cada declaración:

He leído el manuscrito y revisado todas las imágenes, fotografías, documentos presentados, y videos que serán incluidos en el manuscrito si este es publicado.

Se me ha ofrecido la oportunidad de leer el manuscrito y revisar todas las imágenes, fotografías, documentos presentados, y videos que serán incluidos en el manuscrito si este es publicado, pero he renunciado a mi derecho a hacer esto.

Con mi firma a continuación, acepto a las condiciones presentadas y que este formulario será enviado a la oficina editorial de las revistas científicas *Neurology*®

---

Firma del paciente

Nombre del paciente

Fecha

---

Firma del representante

Nombre del representante

Fecha

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Menores de edad que son mayores de 7 años deben asentir a la publicación:

---

Firma del Paciente

Nombre del Paciente

Fecha