



Registro Retrospectivo de Ablaciones en Pacientes Pediátricos y Con Cardiopatía Congénita Latinoamérica.

CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE DATOS PERSONALES EN EVALUACIONES DE RESULTADOS SANITARIOS

La Sociedad Latinoamericana del Ritmo Cardíaco (LAHRS) es una sociedad científica internacional, sin fines de lucro, fundada en Montevideo el 20 de mayo de 2017.

Convoca a todos los médicos de Latinoamérica dedicados al estudio y tratamiento de las arritmias cardíacas. Su objetivo primordial es el auspicio de toda actividad que propenda al progreso en el campo de las Arritmias Cardíacas, para obtener los más avanzados conocimientos científicos, médicos, diagnósticos, terapéuticos, farmacéuticos y nuevas tecnologías médicas (Ministerio de Relaciones Exteriores RM N°410/2017).

En cumplimiento del anterior objetivo y en estricto acuerdo con sus estatuto, desarrolla acciones para estimular el estudio, la investigación científica y la educación continua en el campo de las Arritmias Cardíacas (https://lahrs.org/wp_lahrs/wp-content/uploads/2018/08/LAHRS_Estatutos.pdf)

Usted ha sido convocado y aceptado libremente participar en el “*Registro Retrospectivo de Ablaciones en Pacientes Pediátricos y Con Cardiopatía Congénita en Latinoamérica*”.

Al participar del mismo se le solicitará que ingrese información de pacientes y de procedimientos realizados con ellos. La información requerida no identificará a la persona que se trate bajo ningún concepto y en ningún momento. Todos los datos se manejan de forma innominada, es decir, anónima.

La información recolectada y la que surja del análisis del registro será utilizada por técnicos de LAHRS y/o personas o entidades académicas o científicas debidamente avaladas por LAHRS, con el único objetivo de realizar trabajos y/o comunicaciones científicas, manteniendo siempre la absoluta reserva de datos sensibles.

En éste consentimiento usted deja establecido que los pacientes que incluirá de forma anónima en el registro han dado la autorización a su centro, para que su información sea utilizada de la manera antes expuesta. También habrán sido informados que esa autorización puede ser revocada en cualquier momento y sin expresión de causa alguna, sin que ello altere la asistencia que se le brinda en su centro.

He comprendido y puedo consentir:

AUTORIZO

NO AUTORIZO

Nombre y Apellido:

Fecha: / /

FIRMA: