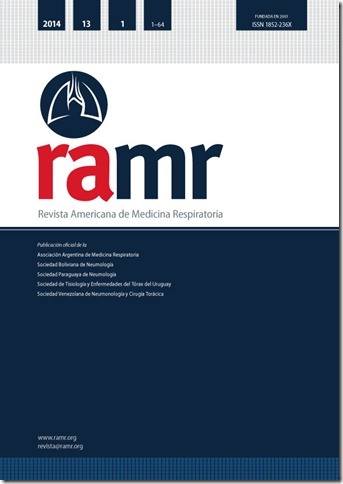
**PERMISO PARA LA PUBLICACIÓN DE INFORMACION DEL PACIENTE**

Nombre del paciente cuya información aparece en el artículo:

Nombre del artículo:

Autores:

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, [nombre completo] autorizo a los autores a revelar parte de mi información médica personal a la Revista Americana de Medicina Respiratoria (RAMR).

He tenido la oportunidad de leer el manuscrito que contiene mi información.

Al firmar este documento, entiendo que estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. Si bien la información será publicada sin mi nombre, entiendo que esta información puede permitirme a mí o a otros reconocerme.

2. La información podrá ser usada por otras publicaciones, esto incluye publicaciones en español u otros idiomas; relacionadas con la medicina respiratoria o con otras disciplinas; impresas o electrónicas, o en cualquier otro formato que puedan usar las publicaciones ahora o en el futuro.

3. Si no doy permiso a la publicación de mi información, esto no afectará la atención médica que recibo actualmente, ni en el futuro.

5. Puedo retirar mi permiso en cualquier momento, pero, de hacerlo, esto no afectará publicaciones ya realizadas.

6. Libero al proveedor, a la RAMR y a todas las partes de cualquier solicitud de pago en relación a la publicación o distribución de mi información.

Firma

Fecha

Si el paciente es un menor de edad o es incapaz de autorizar el permiso de publicación de su información:

He leído el permiso de publicación de la información del paciente. Soy padre o tutor de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, menor de edad. Tengo la autoridad para firmar este permiso en su nombre.

Firma

Fecha