Yo,      , tutor(a) del menor,       de       años de edad, autorizo la presentación del Caso Clínico titulado       con fines académicos y la publicación de fotos en presentaciones científicas y en la Revista de Odontopediatría Latinoamericana.

Declaro haber sido informado fielmente de lo siguiente:

1. NATURALEZA DEL PROCESO: Las presentaciones son referentes a un Caso Clínico desarrollado por el Odontopediatrá, o Residente en Odontopediatría, orientado por su Docente en el curso (cuando aplique), El caso ha sido seleccionado por su relevancia clínica e innovación.

2. RESGUARDO DE INFORMACIÓN: Toda la información y/o antecedentes necesarios para la presentación del Caso Clínico, incluidos documentos, imágenes, registros de audio o audiovisuales serán utilizados garantizando en todo momento la confidencialidad de la identidad del menor.

Después de la explicación y compresión de lo anterior, doy mi consentimiento/asentimiento al/ la Dr./Dra.      , de la institución      y a la Revista de la Asociación Latinoamericana de Odontopediatría para realizar la publicación del Caso Clínico donde aparece mi representado/a.

TUTOR/REPRESENTANTE DEL MENOR:      DNI       PARENTESCO:

FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASENTIMIENTO DEL PACIENTE (NIÑOS MAYORES DE 12 AÑOS): NOMBRE DEL MENOR :      DNI      FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RESIDENTE/ODONTOPEDIATRA:       DNI       FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DOCENTE RESPONSABLE (cuando aplique):       DNI      FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CIUDAD/PAÍS:       FECHA: