



## CONSENTIMIENTO LABSIC

---

### Confidencialidad de la información

Durante su participación en una actividad en el Laboratorio de Simulación es probable que observe el desempeño de otras personas en el manejo de situaciones médicas y que participe en estas actividades. **No deberá revelar ninguna información confidencial sobre el desempeño de personas concretas ni los detalles de los escenarios específicos**

### Autorización para revisar videos a efectos de mejorar la calidad e investigación

Como participante de una actividad en el Laboratorio de Simulación usted participará en escenarios de simulación destinados a mejorar el desempeño individual y de equipo. Las simulaciones se grabarán en video y los videos se utilizarán como fuente inmediata de feedback durante las sesiones de debriefing. Además, nuestro personal revisará estos videos ocasionalmente para identificar las tendencias más globales en las conductas de los participantes y el desempeño del equipo.

Todas las revisiones serán totalmente anónimas y no incluirán ninguna identificación personal, cualquier manuscrito y/o publicación que aparezca como resultado de la revisión de estos videos también será totalmente anónima.

### Autorización de reproducción de fotografías y videos.

Autorizo a los instructores y administradores del Laboratorio de Simulación a mostrar fotografías y/o videos en los que aparezco con fines pedagógicos, administrativos y de marketing/publicitarios Entiendo que solo se mostrará el desempeño ejemplar. Entiendo que a menos que de mi aprobación no se me identificara específicamente No está permitido el uso comercial de las fotografías y/o videos sin mi autorización escrita.

Al firmar a continuación usted admite haber leído y entendido esta declaración y acepta los términos anteriormente planteados en este consentimiento

.....

FIRMA y ACLARACIÓN

.....

FECHA