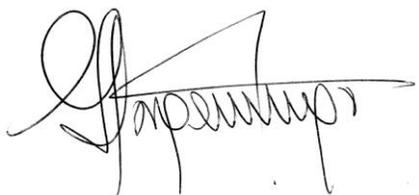


## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA USO DE DATOS, FOTOGRAFÍAS E IMÁGENES CLÍNICAS PARA REPORTE DE CASO

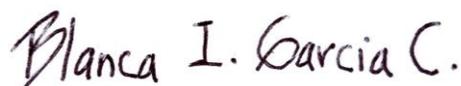
Tunja, 30 de noviembre de 2016

Yo **Blanca Isabel García Choconta** identificada con cédula de ciudadanía No. **24'069.656** por medio de la presente, declaro que la Doctora **Gloria Eugenia Camargo Villalba**, identificada con Cédula de Ciudadanía No. **63'270.271** me ha informado sobre su intención de divulgar mi caso clínico con propósitos puramente académicos y científicos, haciendo uso de la información que de forma verídica le he referido, exámenes de laboratorio y demás estudios que ella ha considerado pertinentes. Del mismo modo solicita mi permiso para tomar fotografías clínicas que serán utilizadas de manera profesional. Manifiesto que he sido informada que dichos datos podrán ayudar a personas que padezcan mi misma condición médica, que mi identidad no será revelada y que siempre se velará por que mi privacidad y anonimato se mantengan intactos.

Por lo anterior, autorizo a la Doctora Gloria Eugenia Camargo Villalba, la reproducción de la información antes mencionada y el uso de las fotografías que ha tomado bajo mi autorización.



\_\_\_\_\_  
Médico que solicita la autorización



\_\_\_\_\_  
Paciente o Representante Legal