

Formulario de Información y Consentimiento del Paciente

Informe de Caso

Experiencia clínica en el uso de la terapia IRC en sujetos con Diabetes Tipo II aquejados de Neuropatía.

Patrocinador

En su calidad de paciente, se le invita a participar en un informe de caso para evaluar los efectos del tratamiento de terapia infrarroja cercana sobre el dolor y otros síntomas de la neuropatía periférica diabética. Se le está invitando debido a que padece de Diabetes Tipo II y ha mostrado síntomas de neuropatía. Estos síntomas son: dolor en los pies con o sin pérdida o disminución de la sensibilidad en los pies y/o en la parte inferior de las piernas.

Si tiene alguna pregunta o no entiende algo en este formulario, debe preguntarle a su médico. Puede o no discutir su participación con cualquier persona que usted elija para poder comprender mejor este informe de caso y sus opciones.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. El propósito de un informe de caso es solamente recopilar y consolidar información.

Recopilación de Datos

Solamente se revisarán sus registros médicos de _____. Ciertos elementos informativos se recopilarán e ingresarán en una hoja de cálculo. La información que se recopilará incluirá solamente lo siguiente:

- Su edad
- Si tiene Diabetes o no
- Su A1c (si corresponde y está disponible)
- Su puntaje inicial de dolor
- Número de tratamientos que completó
- Su puntuación final de dolor
- Los resultados iniciales de la prueba de diagnóstico (dependiendo de lo que realizó su médico)
- Su sexo

Su nombre o cualquier cosa que lo identifique **no** será recopilado ni utilizado. Su nombre e información personal no formarán parte de la recopilación de datos o informes. Solamente se recopilará la información arriba enumerada.

Confidencialidad

No se le identificará personalmente en ningún material de informe de caso, ya que su nombre no será incluido. Puede ser que publiquemos los resultados del informe del caso; sin embargo, mantendremos su nombre e información en confidencialidad.

Consentimiento

He leído este formulario y he podido hacer preguntas sobre este informe de caso. Todas mis preguntas han sido respondidas.

Al firmar este formulario, no renuncio a ninguno de mis derechos legales. Recibiré una copia firmada de este formulario de consentimiento. Entiendo que mi nombre o cualquier otro elemento de identificación personal no será recopilado, solamente los resultados.

Firma _____ Nombre _____

Relación con el paciente _____ Fecha _____