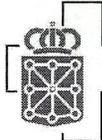


4. ANEXOS:

Anexo I: Consentimiento informado para autorizar la publicación del caso clínico.



Servicio Navarro de Salud  
Osasunbidea  
Hospital Reina Sofía

Ctra. Tarazona, Km 3  
31500 Tudela (Navarra)  
Tel. (848) 434000  
Fax (848) 434111

Nº Historia: \_\_\_\_\_

D./Dña.: INMACULADA NAUASCUES de 48 años de edad, con domicilio en

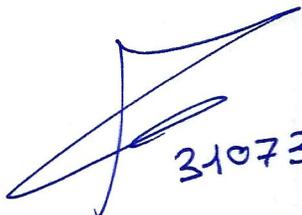
C/ FELIX FLORISTAN N.º 29 y D.N.I. nº 16023 275-A

**Autorizo el acceso a mi historia clínica con la finalidad de obtener información para la elaboración de publicaciones en medios sanitarios. En ningún caso aparecerá mi nombre o datos personales en dichas publicaciones.**

**La intervención podrá ser filmada con fines docentes o científicos, garantizando siempre que lo filmado en ningún caso permitirá conocer mi identidad.**

He podido hacer cuantas preguntas he precisado y me han sido aclaradas. Por consiguiente, de manera libre y voluntaria doy mi CONSENTIMIENTO.

Tudela, a 21 de FEBRERO de 20 17.

  
3107306

El/La médico informante/Nº Colegiación:



El paciente: