ANEXO I – Formulario de Postulación

Concurso de Reportes de Caso Clínico 2025
Núcleo de Investigación – Facultad de Ciencias
Universidad de La Serena

Complete el siguiente formulario en su totalidad. El incumplimiento de alguno de los campos será causal de inadmisibilidad.

|  |  |
| --- | --- |
| Título del caso clínico |   |
| Autores (máx. 3) |   |
| Docente/Académico tutor (obligatorio) |   |
| Carrera y Departamento |   |
| Correo electrónico de contacto |   |
| Resumen (máx. 150 palabras) |   |
| Palabras clave (3–6, DeCS/MeSH) |   |
| Declaración de consentimiento informado (Sí/No) |   |
| Carta de patrocinio del Departamento (Sí/No) |   |
| Fecha de envío |   |

ANEXO II – Checklist CARE

Los autores deben asegurarse de que el reporte de caso cumpla con los siguientes ítems de la Guía CARE (Gagnier et al., 2013; Riley et al., 2021). Complete este checklist marcando con 'X' los apartados incluidos en su manuscrito.

|  |  |
| --- | --- |
| Ítem CARE | ¿Incluido? (X) |
| Título con la palabra 'caso clínico' o 'reporte de caso' |   |
| Palabras clave adecuadas (DeCS/MeSH) |   |
| Resumen estructurado (introducción, caso, conclusión) |   |
| Introducción con justificación y relevancia clínica |   |
| Información del paciente (edad, sexo, antecedentes relevantes) |   |
| Cronología clara de los eventos clínicos |   |
| Hallazgos clínicos principales |   |
| Intervenciones terapéuticas realizadas |   |
| Resultados y evolución del paciente |   |
| Discusión crítica con literatura y aprendizaje principal |   |
| Consideraciones éticas y consentimiento informado |   |
| Referencias bibliográficas (máx. 15, estilo Vancouver) |   |

ANEXO III – Consentimiento Informado para Publicación de Reporte de Caso Clínico

Título del caso (si corresponde): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Código interno / Nº ficha (solo para archivo institucional, no publicación): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información al paciente**

Usted ha sido atendido en [nombre del centro de salud]. Durante su atención se han identificado aspectos clínicos que podrían ser de interés académico y científico. Estos hallazgos podrían publicarse en una revista científica, en un congreso o usarse con fines docentes, bajo la modalidad de reporte de caso clínico.

El objetivo de esta publicación es compartir experiencias clínicas relevantes para mejorar el conocimiento médico y la atención de salud de otras personas.

**Garantías de confidencialidad**

Su nombre, RUT u otros datos identificatorios no serán revelados.

En caso de utilizar imágenes (ej. radiografías, fotografías clínicas), estas serán anonimizadas.

Si en alguna imagen fuera posible reconocerlo(a), se solicitará autorización adicional y específica.

**Derechos del paciente**

La decisión de participar es voluntaria.

Puede retirar su consentimiento en cualquier momento antes de la publicación.

El rechazo o retiro no afectará su atención médica ni sus derechos como paciente.

**Autorización**

Declaro que he recibido y comprendido la información anterior, y que autorizo la utilización de mis datos clínicos e imágenes con fines académicos y de publicación científica en la modalidad de reporte de caso.

Firma del paciente o representante legal

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_

Firma del profesional responsable

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cargo/Especialidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_

Firma de testigo (opcional)

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_

**Referencias:**

Riley DS, et al. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. J Clin Epidemiol. 2017;89:218–235.

World Medical Association. Declaration of Helsinki. JAMA. 2013;310(20):2191–2194.

Ministerio de Salud de Chile. Ley N° 20.584 sobre derechos y deberes de los pacientes. Diario Oficial, 2012.

ICMJE. Recommendations for the Protection of Research Participants. Updated 2023.