

Acuerdo de Confidencialidad de la Información

En este curso usted será parte de actividades de simulación diseñadas pensando en el logro de objetivos cognitivos, procedimentales y actitudinales, y en ellas se utilizará escenarios que serán también usados en futuras actividades docentes con otros participantes. Durante el desarrollo de la sesión de simulación usted observará el desempeño de otros individuos en el manejo de eventos clínicos, como participantes de los escenarios de simulación.

Se le solicita que mantenga estricta confidencialidad tanto en relación a los desempeños de individuos en particular, del grupo de participantes y docentes, así como en relación a los detalles de los escenarios y las actividades realizadas.

Por medio de la siguiente firma, usted confirma que ha leído y comprendido la aseveración anterior y que está de acuerdo con mantener estricta confidencialidad sobre cualquier observación que usted pudiera hacer respecto del desempeño de cualquiera de los individuos que tuvo participación en los escenarios.

Nombre

Firma

Fecha

Consentimiento para registros en Video y Fotografías

Yo autorizo a los instructores a realizar registros de audio, video o fotográficos durante esta sesión de simulación. Comprendo que, a menos que sea expresamente autorizado por mí, no seré identificado por nombre, y que los registros serán utilizados sólo con fines de instrucción educacional, presentaciones educacionales y para asegurar la calidad de los procesos.

Nombre

Firma

Fecha