

# ACTA MÉDICA PORTUGUESA

Revista Científica da Ordem dos Médicos

## Consentimento Informado para publicação de material identificável na Acta Médica Portuguesa

O consentimento do doente para a publicação de informações na Acta Médica Portuguesa que lhe digam respeito.

Por favor note que este formulário também está disponível em inglês.

Nome da pessoa descrita no artigo ou mostrada na fotografia: CÉLIA RIBEIRO DIAS

Objecto da fotografia ou artigo: PUBLICAÇÃO NA AMP

Número de ID (#) da submissão AMP 11667

Título do artigo: PHOTOSENSITIVE SELF INDUCED SEIZURES SINGLE CHILDHOOD

Autor correspondente: EDUARDO PALHA-FERNANDES

CÉLIA RIBEIRO DIAS (inserir nome completo), dou o meu consentimento para obter essa informação sobre mim / ~~meu filho ou pupilo~~ / ~~meu parente~~ [riscar o que não se adequar] relativa ao assunto acima ("o objecto") para aparecer na versão impressa e electrónica da Acta Médica Portuguesa. Compreendo que o meu nome / ~~o nome do meu filho ou pupilo~~ / ~~o nome do meu parente~~ [riscar o que não se adequar] não será publicado, mas que o completo anonimato pode não ser garantido.

Li o manuscrito ou uma descrição geral do que o manuscrito contém e revi as fotografias, ilustrações, vídeos que serão publicados e nas quais estou / ~~está o meu filho ou pupilo~~ / ~~está o meu parente~~ [riscar o que não se adequar] incluído.

Ou

Foi-me dada a oportunidade de ler o manuscrito e ver todas as fotografias, ilustrações, vídeos nas quais estou / está o meu filho ou pupilo / está o meu parente [riscar o que não se adequar] incluído, e renunciei ao meu direito de o fazer.

Assinatura: Célia Ribeiro Dias

Data: 14.1.2019

Se concede a permissão por outra pessoa, qual é a sua relação com ele/ela ?



Av. Almirante Gago Coutinho, 151  
1749-084 Lisboa, Portugal  
Contactos editoriais: miguel.reis@omcne.pt  
Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos  
www.actamedicaportuguesa.com

