

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO Y CÓDIGO DEL ESTUDIO:

Yo,(nombre y apellidos del paciente),
declaro que

- he leído la hoja de información que se me ha entregado;
- he podido hacer preguntas sobre el estudio;
- he recibido suficiente información sobre el estudio;
- he hablado con(nombre del investigador);
- comprendo que mi participación es voluntaria;
- comprendo que puedo retirarme del estudio
 - cuando quiera,
 - sin tener que dar explicaciones,
 - sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Al firmar el presente documento, presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos conforme se estipula en la hoja de información que se me ha entregado.

Recibiré una copia firmada y fechada de este documento de consentimiento informado.

Firma del participante
Fecha:/...../.....
(Nombre, firma y fecha de puño y letra del paciente)

Firma del investigador
Fecha:/...../.....

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

Yo,(nombre y apellidos del paciente),
revoco el consentimiento prestado y no deseo continuar participando en el estudio.

Firma del participante
Fecha:/...../.....
(Nombre, firma y fecha de puño y letra del paciente)

Firma del investigador
Fecha:/...../.....