

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

### TÍTULO Y CÓDIGO DEL ESTUDIO:

Yo,  (nombre y apellidos), 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 el Dr. Jesús Escribá;
- 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: ...../...../.....