

Formulario de consentimiento informado

Versión ... de fecha ...

IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Título del estudio	
Versión y fecha del protocolo

Yo, <<nombre y apellidos del participante>>.

- He leído la hoja de información que se me ha entregado sobre el estudio.
 - 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.
 - Recibiré una copia firmada y fechada de este documento de consentimiento informado
- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Firma del participante.

Fecha: ___/___/___

(Nombre, firma y fecha de puño y letra por el paciente).

Firma del investigador.

Fecha: ___/___/___

Deseo que me comuniquen la información derivada de la investigación que pueda ser relevante para mí salud:

- SÍ
- NO

Firma del participante.

Fecha: ___/___/___

(Nombre, firma y fecha de puño y letra por el paciente).

Firma del investigador.

Fecha: ___/___/___

Cuando se obtenga el CI en personas con capacidad modificada para dar su CI

Firma del representante legal.
familiar o persona vinculada de hecho.

Fecha: ___/___/___

(Nombre, firma y fecha de puño y letra por el paciente).

Firma del investigador.

Fecha: ___/___/___

Cuando en el estudio se obtengan, usen y se pretenda el uso futuro de muestras biológicas

Formulario de consentimiento informado

Versión ... de fecha ...

Si desea establecer alguna restricción en relación al uso futuro de las muestras, indique por favor en este apartado cuáles: (si el paciente no lo cumplimenta se entiende que NO tiene restricciones).

Deseo que el médico del estudio me comunique la información derivada de la investigación (genética o no genética, a matizar dependiendo del caso) que pueda ser relevante y aplicable para mi salud o la de mis familiares:

Sí

NO

Teléfono o e-mail de contacto.....

Consiento al almacenamiento y uso de las muestras biológicas y de los datos asociados para futuras investigaciones en las condiciones explicadas en la hoja de información.

Sí

NO

Consiento a ser contactado en el caso de necesitar más información o muestras biológicas adicionales.

Sí

NO

Teléfono o e-mail de contacto.....

Firma del participante.

Fecha: ____/____/____

Firma del investigador.

Fecha: ____/____/____

(Nombre, firma y fecha de puño y letra por el paciente).