**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

|  |  |
| --- | --- |
| Número Expediente: |  |
| Título del proyecto: |  |
| Investigador principal: |  |

Yo.................................................................................................................................

 (Nombre y apellidos manuscritos por el participante)

He leído esta hoja de información y he tenido tiempo suficiente para considerar mi decisión.

Me han dado la oportunidad de formular preguntas y todas ellas se han respondido satisfactoriamente.

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.

Después de haber meditado sobre la información que me han proporcionado, declaro que mi decisión es la siguiente:

 Doy No doy

Mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

|  |  |
| --- | --- |
| **FIRMA DEL PACIENTE:** | **FIRMA DEL INVESTIGADOR:** |
|  |  |
| **NOMBRE:**  | **NOMBRE:**  |
| **FECHA:**  | **FECHA:**  |

**REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO**

Yo, D/Dña XXX revoco el consentimiento prestado en fecha y no deseo continuar participando en el estudio “XXX”.

|  |  |
| --- | --- |
| **FIRMA DEL PACIENTE:** | **FIRMA DEL INVESTIGADOR:** |
|  |  |
| **NOMBRE:**  | **NOMBRE:**  |
| **FECHA:**  | **FECHA:**  |