**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Versión 1. VB CEIm 24/07/2024**

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

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

 (Nombre y apellidos manuscritos por el/la 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.

Si hubiera excedente de las muestras utilizadas en el proyecto, afirmo haber sido advertido/a sobre las opciones de destino al finalizar el proyecto de investigación y:

Solicito la destrucción de las muestras excedente

Solicito la incorporación del excedente al Biobanco ISABIAL

Solicito ser contactado/a para recibir información acerca del uso futuro de las muestras almacenadas Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **FIRMA DEL/DE LA PARTICIPANTE:** | **FIRMA DEL/DE LA INVESTIGADOR/A:** |
|  |  |
| **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/DE LA PARTICIPANTE:** | **FIRMA DEL/DE LA INVESTIGADOR/A:** |
|  |  |
| **NOMBRE:**  | **NOMBRE:**  |
| **FECHA:**  | **FECHA:**  |