## CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Nº PROTOCOLO:**

**TÍTULO DEL ESTUDIO:**

**GRUPO DE INVESTIGACIÓN:**

**INVESTIGADOR PRINCIPAL (*Incluir Nombre, servicio, forma de localizarle)*:**

**CENTRO:**

**FECHA DE PRESENTACIÓN A LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN:**

Yo,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (nombre y apellidos del participante en el estudio)

* He leído la hoja de información que se me ha entregado.
* He podido hacer todas las preguntas que he considerado sobre el estudio.
* He recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas.
* 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 mi asistencia sanitaria.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Fecha

Firma del participante Firma del investigador

**CONSENTIMIENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL**

**Nº PROTOCOLO:**

**TÍTULO DEL ESTUDIO:**

**GRUPO DE INVESTIGACIÓN:**

**INVESTIGADOR PRINCIPAL (*Incluir Nombre, servicio, forma de localizarle)*:**

**CENTRO:**

**FECHA DE PRESENTACIÓN A LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN:**

Yo,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (nombre y apellidos del REPRESENTANTE)

en calidad de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (relación con el participante)

De\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (nombre del participante)

* He leído la hoja de información que se me ha entregado.
* He podido hacer todas las preguntas que he considerado sobre el estudio.
* He recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas.
* He recibido suficiente información sobre el estudio.
* He hablado con: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (nombre del Investigador)

* Comprendo que SU participación es voluntaria.
* Comprendo que puedo retirarle del estudio:
* Cuando quiera.
* Sin tener que dar explicaciones.
* Sin que esto repercuta en mi asistencia sanitaria.

En mi presencia se ha dado a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (nombre y edad del participante)

toda la información pertinente, adaptada a su nivel de entendimiento.

Y presto libremente mi conformidad con que\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (nombre del participante)

participe en este estudio, y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de los datos en las condiciones detalladas en la hoja de información al participante que se ha facilitado.

Fecha

Firma del representante Firma del Investigador

**CONSENTIMIENTO A MENORES**

**Nº PROTOCOLO:**

**TÍTULO DEL ESTUDIO:**

**GRUPO DE INVESTIGACIÓN:**

**INVESTIGADOR PRINCIPAL (*Incluir Nombre, servicio, forma de localizarle)*:**

**CENTRO:**

**FECHA DE PRESENTACIÓN A LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN:**

Yo,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (nombre y apellidos de la MADRE)

en calidad de madre de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (nombre y apellidos del participante)

Yo,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (nombre y apellidos del PADRE)

en calidad de padre de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (nombre y apellidos del participante)

* He leído la hoja de información que se me ha entregado.
* He podido hacer todas las preguntas que he considerado sobre el estudio.
* He recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas.
* He recibido suficiente información sobre el estudio.
* He hablado con: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (nombre del Investigador)

* Comprendo que SU participación es voluntaria.
* Comprendo que puedo retirarle del estudio:
* Cuando quiera.
* Sin tener que dar explicaciones.
* Sin que esto repercuta en mi asistencia sanitaria.

En nuestra presencia se ha dado a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (nombre y edad del participante)

toda la información pertinente, adaptada a su nivel de entendimiento y está de acuerdo en participar.

Y prestamos libremente nuestra conformidad con que\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (nombre del participante)

participe en este estudio, y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de los datos en las condiciones detalladas en la hoja de información al participante que se ha facilitado.

.

Fecha

Firma de la Madre Firma del investigador

Firma del Padre

O firma del Tutor