**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PARTICIPANTE**

(debe contener la siguiente información)

No es aceptable que en el consentimiento se repita de nuevo la información que ya se ha proporcionado anteriormente.

**Título del estudio** *<<Título>>*

**Código de protocolo** *<<Código (Versión X, fecha)>>*

Yo, <<nombre y apellidos del participante>>

⎕ He leído la hoja de información y el apéndice 1 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 esta hoja de información y consentimiento informado.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio, confirmo que he leído el Apéndice 1 y estoy conforme con su contenido.

Firma del participante Firma del investigador

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(Nombre, firma y fecha a rellenar por el participante)

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 a rellenar por el representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

Firma del investigador

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Deseo que me comuniquen la información derivada de la investigación que pueda ser

relevante para mi salud:

⎕ SÍ

⎕ NO

Firma del participante Firma del investigador

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(Nombre, firma y fecha a rellenar por el participante)

Deseo que me comuniquen la información derivada de las pruebas genéticas realizadas (únicamente para aquellos estudios que incluyan este tipo de pruebas, siempre que estén validadas y que puedan tener relevancia para la salud del participante). Si forman parte del objetivo del estudio debe informarse sobre ellas en la hoja de información.

⎕ SÍ

⎕ NO

Firma del participante Firma del investigador

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(Nombre, firma y fecha a rellenar por el participante)