

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ESCRITO PARA EL PACIENTE

Yo, (nombre y apellidos del participante)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre el mismo.

He hablado con:

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1) cuando quiera
- 2) sin tener que dar explicaciones
- 3) sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio **y para que se realice el tratamiento que se me ha propuesto**. Soy consciente de las contraindicaciones relativas de la técnica (uso de anticoagulantes o epilepsia), y entiendo que cualquier omisión de información por mi parte puede repercutir en los riesgos y resultados de la técnica.

Deseo ser informado sobre los resultados del estudio: sí no (marque lo que proceda)

Acepto que los resultados derivados de este estudio puedan ser utilizados en futuras investigaciones o docencia (relacionadas con ésta): sí no (marque lo que proceda)

Doy mi conformidad para que mis datos clínicos sean revisados por personal ajeno al centro, para los fines del estudio, o pueda ser grabado con fines de docencia. Soy consciente de que este consentimiento es revocable.

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

Firma del participante:

Fecha: _____

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al paciente mencionado

Firma del Investigador:

Fecha: _____
