

Formato de consentimiento para participante



Declaración

Participante (iniciales)

1. He leído / Me han leído este formato de consentimiento para participar en el estudio HIPPO (fecha __/__/____, versión ____) y he tenido la oportunidad de hacer preguntas y aclarar la información.
2. Entiendo que mi participación en el estudio es voluntaria y que puedo retirarme del mismo sin entregar ninguna razón. Entiendo que mi decisión no afectará mi tratamiento futuro.
3. Doy permiso a los investigadores para revisen mi historial médico o historia clínica para extraer información acerca de mi tratamiento y para contactarme como parte del estudio.
4. Doy consentimiento explícito para que mis datos se analicen como parte del proceso de investigación, así como para que mi información sea guardada y protegida en computadores de mi hospital y también de la Universidad de Birmingham en Inglaterra. Esta información será guardada y respaldada en sitios diferentes para mantenerla segura.
5. Consiento hacer parte de esta investigación y he sido completamente informado de los riesgos, beneficios y alternativas.

Nombre del participante

Nombre del investigador principal / o a quien haya delegado

Yo, el abajo firmante, me he tomado el tiempo para explicar completamente al paciente la naturaleza y el propósito de este estudio de una manera que pudieran entender. He explicado los riesgos relacionados, así como los posibles beneficios. Lo he invitado a preguntar sobre cualquier aspecto del estudio quiera aclarar.

Firma del participante

Firma del investigador

Fecha de firma por el participante
DD / MM / YYYY

Fecha de firma por el investigador
DD / MM / YYYY