

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE



NIHR Global Health Research Unit on
Global Surgery

#	Declaración (Por favor, léalo)	Participante (Iniciales o huella digital)
1	Yo he leído/ me han leído el Consentimiento Informado para el Paciente sobre el siguiente estudio de investigación (fecha DD/MM/AAAA, versión ____) y he tenido la oportunidad de evaluar toda información y elaborar preguntas.	
2	Yo entiendo que mi participación en este estudio de investigación es voluntario y que puedo excluirme del mismo en cualquier momento sin tener que dar explicaciones. Entiendo que optar por no participar no afectará a mi futura atención médica.	
3	Doy permiso que los investigadores puedan revisar mis registros médicos para obtener información relacionada a mi atención, y que se pongan en contacto conmigo como parte de este estudio de investigación .	
4	Doy mi consentimiento explícito e informado para que mis datos se procesen como parte de este estudio de investigación. Me complace tener información sobre mí, relacionada con el estudio, que se almacena en sistemas informáticos protegidos con contraseña en mi hospital y también en la Universidad de Birmingham en Inglaterra. Se hará una copia de seguridad en un lugar separado, para mantener mi información en un lugar seguro.	
5	Doy mi consentimiento para participar en este estudio de investigación después de haber sido plenamente informado de los riesgos, beneficios y alternativas.	
Nombre del participante		Nombre del investigador principal/nominado que da su consentimiento
Firma (o huella digital) del participante		Yo, el abajo firmante, me he tomado el tiempo para explicar completamente al paciente firmante la naturaleza y el propósito de este estudio de una manera que pudieran entender. He explicado los riesgos involucrados, así como los posibles beneficios. Los he invitado a hacer preguntas sobre cualquier aspecto del estudio que les concierne.
		Firma del investigador
Fecha de Firma (o huella digital) del participante DD / MM / AAAA		Fecha de Firma del investigador DD / MM / AAAA

Hacer 3 copias: 1 para el paciente, 1 para el investigador del hospital y 1 para el hospital