

- Y presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Firma del investigador

Firma del paciente

Fecha

Fecha *(la fecha debe estar
cumplimentada de puño y letra por el paciente)*

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, D./Dña. _____
retiro el consentimiento otorgado para mi participación en el estudio arriba citado.

Fecha y firma:

Firma del investigador

Firma del paciente

Fecha

Fecha *(la fecha debe estar
cumplimentada de puño y letra por el paciente)*