

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DEL ESTUDIO: Registro Nacional de Esteatosis y Esteatohepatitis no alcohólica
[Registro HEPAmet]

INVESTIGADOR PRINCIPAL: _____

CENTRO: _____

D./Dña: _____

(Nombre y apellidos del paciente en MAYÚSCULAS)

- He leído y comprendido la hoja de información que se me ha entregado sobre el estudio arriba indicado, he recibido suficiente información y realizado todas las preguntas que he precisado sobre el estudio.
- He hablado con el Dr./Dra. _____ con quien he clarificado las posibles dudas. Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio:
 - Cuando quiera
 - Sin dar explicaciones
 - Sin que repercuta en mis cuidados médicos
- Comprendo que la información personal que aporte será confidencial y no se mostrará a nadie sin mi consentimiento.
- Comprendo que mis muestras y sus datos clínicos asociados serán almacenadas en el Biobanco _____, los cuales:
 - Podrán ser cedidos de ceder a terceros para futuros proyectos de investigación que cumplan con las exigencias éticas y legales aplicables.
 - Serán proporcionados de forma anonimizada a los investigadores que trabajen con ellos.
 - Si lo solicito, podrán ser suprimidos del Biobanco _____ y tengo derecho de ejercitar el acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación, en ciertos supuestos también la portabilidad y olvido a mis datos personales archivados en el Biobanco _____.
- Autorizo (por favor, márquese una opción):
 - LA DONACION de muestras de sangre y de los datos clínicos relevantes al Nodo de ADN y Fluidos del Biobanco _____ SÍ NO
 - SE ME INFORME sobre los resultados referidos a mi salud derivados de análisis genéticos que pudieran ser realizados sobre mi muestra biológica (siempre que la muestra no se haya anonimizado). SÍ NO
 - A SER CONTACTADO en un futuro en caso de que se estime oportuno añadir nuevos datos a los recogidos en la actualidad. SÍ NO
 - RESTRICCIONES DEL USO DE LA MUESTRA. Especifique a continuación si no desea que se utilice su muestra y datos asociados en algún uso concreto o proyecto en particular:

.....
.....

- 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)*