

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 sobre el estudio.
- He 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.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 - Cuando quiera
 - Sin dar explicaciones
 - Sin que repercuta en mis cuidados médicos

Comprendo que mi participación en el estudio implica autorizar la recopilación y análisis de mi información médica personal, que será confidencial y no se mostrará a nadie sin mi consentimiento. Y presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Firma del investigador

Firma del paciente

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: