**HOJA DE INFORMACIÓN PARA EL SUJETO Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Título del Proyecto** |  |

**Consentimiento del sujeto voluntario**

**Confirmo que:**

* Leí la descripción del estudio de investigación clínica y me lo han explicado en palabras y términos que comprendo, tuve la oportunidad de hacer todas las preguntas que necesité y recibí respuestas a mis preguntas.
* Entiendo que mi participación es voluntaria. Sé lo suficiente sobre el propósito, los métodos, los riesgos y los beneficios de este estudio de investigación para juzgar que acepto voluntariamente participar en él.
* Leí esta información, que está impresa en español. Esta es la lengua que leo y comprendo.
* El médico que está a cargo del estudio me informará sobre cualquier nuevo hallazgo que se conozca durante el transcurso del estudio que pueda afectar mi decisión de seguir participando.
* Autorizo a que los datos que suministro y los resultados de las pruebas que me realicen se reúnan, se almacenen en bases de datos, se analicen y se publiquen a condición de que en todo momento se mantenga el secreto profesional y que no se publicará mi nombre o revelará mi identidad, en el marco de lo establecido por la Ley 25.326, siempre manteniendo la confidencialidad.
* Comprendo que mi derecho de acceso y corrección serán posibles a través del investigador.
* Comprendo que no renuncio a ningún derecho legal que tenga como participante de un estudio de investigación.
* Entiendo que recibiré un original del a información para el voluntario y del formulario de consentimiento informado una vez que lo haya firmado.
* Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para que se reúna, use, transfiera, almacene en base de datos y se divulgue los resultados obtenidos en este estudio de manera tal que la información personal no sea de ninguna manera desvelada, como se notifica en este formulario, bajo la obligación de confidencialidad.

|  |
| --- |
|  |
| **Nombre completo del voluntario (en letra de imprenta)** |  |  |  |  |  |
|  | DD | MMM | AAAA |  |
| **Número y tipo de documentos** | **Fecha de firma** |
|  |
| **Firma** |
|  |  |  |