

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: Evolución temporal de la enfermedad cardiovascular y sus factores de riesgo en población general adulta, (Estudio DICA).

Datos del participante/paciente

Nombre y apellidos _____

Investigador o persona que proporciona la información

Nombre y apellidos _____

He leído, he sido informado y comprendo el contenido de la presente hoja de Información, lo que acredito con mi firma en prueba de mi consentimiento en todo lo que en ella se contiene.

Entiendo que mi participación es voluntaria y gratuita y comprendo que puedo solicitar la revocación de este consentimiento en cualquier momento, sin tener que ofrecer explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos presentes y/o futuros.

1. Deseo que los investigadores del estudio me comuniquen la información clínica derivada de la investigación que pueda ser relevante y aplicable para mi salud o la de mis familiares:

• SI • NO Teléfono o e-mail de contacto:

2. Consiento al almacenamiento y uso de las muestras biológicas y de los datos asociados para futuras investigaciones en las condiciones explicadas en esta hoja de información.

• SI • NO

3. Consiento que los investigadores del estudio accedan a consultar mis datos de salud.

• SI • NO

4. Consiento a ser contactado en el caso de necesitar más datos o muestras biológicas adicionales.

• SI • NO Teléfono o e-mail de contacto:

Fecha:

Firma del Participante

Firma del investigador/persona
que proporciona la información

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña..... revoco el consentimiento prestado en fecha y no deseo continuar participando en el estudio "Evolución temporal de la enfermedad cardiovascular y sus factores de riesgo en población general adulta (Estudio DICA)".

Fecha:

Firma del participante

Firma del investigador