**A drawing of a brain

Description automatically generated with medium confidenceGraphical user interface, application

Description automatically generated** **HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PARTICIPANTE**

**(Versión Final 2.0: 21/03/2023 )**

### Título del estudio: TICH-3

**Código de protocolo:** 297457 **CTA ref.:** 03057/0074/001-0001

**Investigador Principal**:

**Nombre del participante:**

**Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre y apellidos del participante**

⎕ He leído la hoja de información versión 2.0 final con fecha 21/03/2023 del estudio que se me ha entregado.

⎕ He podido realizar preguntas sobre el estudio

⎕ He recibido suficiente información sobre el estudio

⎕ He hablado con << nombre del investigador >>

⎕ Entiendo que mi participación es voluntaria

⎕ Entiendo que puedo retirarme del estudio:

* Cuando quiera
* Sin tener que dar explicaciones
* Sin que esto repercuta en la atención médica del participante

Recibiré una copia de este documento de consentimiento informado, firmada y fechada.

Doy libremente mi conformidad para que el paciente pueda participar en el estudio

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

# Nombre del participante Fecha Firma

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Nombre del investigador que

firma el consentimiento Fecha: Firma

Deseo que se me comunique la información derivada de la investigación que pueda ser relevante para mi salud

⎕ SÍ ⎕ NO

Doy mi consentimiento para que se puedan utilizar los datos en futuras investigaciones que se puedan realizar

⎕ SÍ ⎕ NO

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

# Nombre del participante Fecha Firma

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Nombre del investigador que

firma el consentimiento Fecha: Firma

3 copias: 1 para el participante, 1 para el archivo del investigador y 1 para la historia clínica.