### A drawing of a brain  Description automatically generated with medium confidence

**HOJA DE INFORMACIÓN PARA EL REPRESENTANTE LEGAL – FAMILIAR**

**(Versión final 2.0: 21/03/2023 )**

### Título del estudio: TICH-3

**Identificación IRAS del Proyecto:** 297457  **CTA ref :** 03057/0074/001-0001

**Nombre del investigador**:

**Nombre del participante:**

**Yo, como representante del paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Nombre y apellidos del participante**

**Y, en calidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

 **(relación con el paciente)**

⎕ 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 su participación es voluntaria

⎕ Entiendo que puede retirarse 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 representante legal- familiar 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 la salud del participante

⎕ SÍ ⎕ NO

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

⎕ SÍ ⎕ NO

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

# Nombre del representante legal- familiar Fecha Firma

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

Nombre del investigador que

firma el consentimiento Fecha: Firma

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