

	MODELO CONSENTIMIENTO INFORMADO	Código: ANEXO-CEIm-05
	Comité Ético de Investigación con Medicamentos	Página 1 de 2

PARA

INFORMACIÓN PREVIA

1. Descripción del procedimiento:

2. Objetivo:

3. Riesgos y Consecuencias:

PROFESIONAL SANITARIO QUE INFORMA:

D/Dña/ Num. Colegiado



MODELO CONSENTIMIENTO
INFORMADO

Código:
ANEXO-CEIm-05

Comité Ético de Investigación con
Medicamentos

Página 2 de 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA:/...../.....

PACIENTE:

D/Dña.....DNI/NIF.....

(1) REPRESENTANTE LEGAL/FAMILIAR/PERSONA CON VINCULACIÓN DE HECHO:

D/Dña.....DNI/NIF

DECLARO:

- Que he sido informado/a de forma clara y comprensible del procedimiento propuesto.
- Que estoy satisfecho/a con la información recibida, que la he comprendido y he podido formular todas las preguntas que ha creído conveniente y me han sido aclaradas todas mis dudas.

En consecuencia, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que sea realizado el estudio
.....

Fdo: El paciente

Fdo: Tutor/ Representante

Fdo: El Profesional

DENEGACIÓN O REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Después de ser informado/a de la naturaleza del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi DENEGACIÓN/REVOCACIÓN para su realización.

Fdo: El paciente

Fdo: Tutor/ Representante

Fdo: El Profesional

(1) En caso de incapacidad del paciente para consentir o denegar, ya sea por minoría de edad, incapacidad legal o incompetencia, con indicación del carácter con el que interviene (padre, madre, tutor,)