



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO del estudio: ESTUDIO COVIDPAP: Características clínicas de la COVID-19 desde la perspectiva de la pediatría de Atención Primaria.

Yo, _____

- Leí la hoja de información a los participantes del estudio arriba mencionado que se me entregó, pude conversar con _____ y hacer todas las preguntas sobre el estudio.
- Comprendo que mi participación es voluntaria, y que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.
- Accedo a que se utilicen mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información a los participantes
- De conformidad con lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 de los derechos a la protección de las personas físicas y la Ley Orgánica 3/2018 del 5 de diciembre de protección de datos personales y garantías de derechos digitales, en lo que respecta al tratamiento de sus datos personales ya la libre circulación de estos datos y la normativa nacional vigente, declaro haber recibido información de mis derechos, de la finalidad de la recogida de los datos y de los destinatarios de la información. Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Fdo.: El/l participante, menor maduro

Fdo.: El/la investigador/a que solicita el consentimiento

Nombre y apellidos:

Nombre y apellidos:

Fecha:

Fecha:

(Ejemplar para el paciente)



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO del estudio: ESTUDIO COVIDPAP: Características clínicas de la COVID-19 desde la perspectiva de la pediatría de Atención Primaria.

Yo, _____

- Leí la hoja de información a los participantes del estudio arriba mencionado que se me entregó, pude conversar con _____ y hacer todas las preguntas sobre el estudio.
- Comprendo que mi participación es voluntaria, y que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.
- Accedo a que se utilicen mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información a los participantes
- De conformidad con lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 de los derechos a la protección de las personas físicas y la Ley Orgánica 3/2018 del 5 de diciembre de protección de datos personales y garantías de derechos digitales, en lo que respecta al tratamiento de sus datos personales ya la libre circulación de estos datos y la normativa nacional vigente, declaro haber recibido información de mis derechos, de la finalidad de la recogida de los datos y de los destinatarios de la información. Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Fdo.: El/l participante, menor maduro

Fdo.: El/la investigador/a que solicita el consentimiento

Nombre y apellidos:

Nombre y apellidos:

Fecha:

Fecha:

(Ejemplar para el investigador)