**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REPRESENTANTE LEGAL PARA LA PARTICIPACIÓN EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN**

*TÍTULO DEL ESTUDIO:* **Primera visita de los recién nacidos en atención primaria y sus implicaciones para la salud y la lactancia materna. Comparativa 2014 - 2023.**

*Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nombre y apellidos), representante legal de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nombre y apellidos):*

1. *He leído la hoja de información del estudio arriba mencionado que se me entregó, pude hablar con: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y hacer todas las preguntas sobre el estudio.*
2. *Comprendo que la participación es voluntaria, y que se puede retirar del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en sus cuidados médicos.*
3. *Accedo a que se utilicen sus datos en las condiciones detalladas en la hoja de información al participante.*
4. *Presto libremente mi conformidad para que participe en este estudio.*

Al terminar el estudio, sus DATOS acepto que sean**:**

* Eliminados.
* Conservados anonimizados para usos futuros en otras investigaciones.

Firmado.: El/la representante legal,Firmado.: El/la investigador/a que solicita el consentimiento

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: Fecha:

(Se deberán firmar dos consentimientos. Uno se entregará al tutor legal y otro será conservado por el pediatra colaborador del estudio de investigación).