**CONSENTIMIENTO INFORMADO REPRESENTANTE LEGAL**

**(Menores de edad y adultos sin capacidad de dar su consentimiento informado)**

|  |  |
| --- | --- |
| Número Expediente: |  |
| Título del proyecto: |  |
| Investigador principal: |  |

Yo, ................................................................................................................................

(Nombre y apellidos del representante)

como representante legal de .......................................................................... declaro que:

(Nombre y apellidos del participante)

He leído esta hoja de información y he tenido tiempo suficiente para considerar la decisión.

Me han dado la oportunidad de formular preguntas y todas ellas se han respondido satisfactoriamente.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puede retirarme del estudio:

* Cuando quiera
* Sin tener que dar explicaciones.
* Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

En mi presencia se ha dado a …………………………………………………………………………………… (Nombre y apellidos del participante), toda la información pertinente adaptada a su nivel de entendimiento y está de acuerdo en participar.

Y que he expresado libremente mi conformidad para que participe en el estudio.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FIRMA DEL REPRESENTANTE:** | **FIRMA DEL INVESTIGADOR:** | **FIRMA DEL MENOR:**  **(Si es mayor de 12 años)** |
|  |  |  |
| **NOMBRE:** | **NOMBRE:** | **NOMBRE:** |
| **FECHA:** | **FECHA:** | **FECHA:** |

**REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO**

Yo, D/Dña XXX revoco el consentimiento prestado en fecha y no deseo continuar participando en el estudio “XXX”.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FIRMA DEL REPRESENTANTE:** | **FIRMA DEL INVESTIGADOR:** | **FIRMA DEL MENOR:**  **(Si es mayor de 12 años)** |
|  |  |  |
| **NOMBRE:** | **NOMBRE:** | **NOMBRE:** |
| **FECHA:** | **FECHA:** | **FECHA:** |