



AEA

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ARTROSCOPIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN "RAÍZ POSTERIOR DEL MENISCO MEDIAL (RPMM)" DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ARTROSCOPIA (AEA)

Este consentimiento se otorga en cumplimiento de a) la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, b) el Reglamento (UE) 2016/679, c) la Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica, y d) el Real Decreto 1716/2011, de 18 de noviembre.

Yo, D./Dña. _____, con DNI _____,
domicilio en: _____ Edad: _____ años

DECLARO:

- Que he leído la hoja de información que se me ha entregado.
- Que he comprendido las explicaciones que se me han facilitado.
- Que he podido realizar observaciones y me han sido aclaradas las dudas que he planteado.
- Que puedo revocar el consentimiento en cualquier momento sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.
- Que de forma libre y voluntaria cedo los datos que se hallan recogidos en mi historia clínica para el estudio que se me ha propuesto.
- Que puedo incluir restricciones sobre el uso de las mismas.

CONSIENTO:

- Que se utilicen los datos que se hallan recopilados en mi historia clínica para el mencionado estudio.
- Que el investigador pueda acceder a mis datos en la medida en que sea necesario y manteniendo siempre su confidencialidad.
- Que el personal del centro me contacte en el futuro en caso de que se estime oportuno añadir nuevos datos a los recogidos y/o tomar nuevas muestras.

Deseo incluir la siguiente restricción al uso de mis datos:

(opcional) _____

Por todo ello, otorgo libremente mi CONSENTIMIENTO para participar en el mencionado proyecto de investigación.

Nombre y apellidos del paciente: _____

Firma del paciente:

En _____, a _____ de _____ de 20__

Página 1 de 2



AEA

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ARTROSCOPIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN "RAÍZ POSTERIOR DEL MENISCO MEDIAL (RPMM)" DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ARTROSCOPIA (AEA)

Este consentimiento se otorga en cumplimiento de a) la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, b) el Reglamento (UE) 2016/679, c) la Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica, y d) el Real Decreto 1716/2011, de 18 de noviembre.

DECLARACIÓN DEL INVESTIGADOR:

Confirmando haber informado adecuadamente al paciente.

Nombre y firma del investigador:

Dr./Dra. _____ DNI _____

En _____, a _____ de _____ de 20__

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE:

Yo, D./Dña. _____

Revoco el consentimiento cedido para la utilización de mis datos en este proyecto de investigación.

Firma del paciente:

En _____ a _____ de _____ de 20__