

GRACIAS POR LAS MOLESTIAS QUE SE HA TOMADO AL LEER ESTA INFORMACIÓN CON TANTO DETALLE. POR FAVOR, RECUERDE QUE EN CUALQUIER MOMENTO PUEDE CONSULTAR A EL INVESTIGADOR O LOS RESPONSABLES DEL ESTUDIO SI TIENE ALGUNA OTRA PREGUNTA O DUDA SOBRE EL ESTUDIO.

TÍTULO DEL ESTUDIO: “UNA INVESTIGACIÓN PARTICIPATIVA INTERDISCIPLINAR COMO ESTRATEGIA DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE EN LA TITULACIÓN DE MEDICINA. ESTUDIO DE COHORTES DEL DESARROLLO PULMONAR EN ESTUDIANTES DE LA TITULACIÓN DE MEDICINA.”

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Dr. Pedro J. Romero Palacios. DNI: 24164641-J

CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ESCRITO

Yo, _____
(Nombre y apellidos del participante)

Yo, _____
(Nombre y apellidos del representante legal, en caso de menores de edad o discapacidad psíquica)

Teléfono de contacto:
Número de historia en este Centro:

He leído la hoja de información que se me ha entregado.
He podido hacer preguntas sobre el estudio.
He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con: _____
(Nombre del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.
Comprendo que puedo retirarme del estudio:

“Autorizo que los datos personales aportados en la solicitud y contenidos en la documentación que la acompaña serán tratados por la UNIVERSIDAD DE GRANADA, con sede en Avda. del Hospicio, s/n, 18071 Granada, con la finalidad de Investigación del Desarrollo Pulmonar y apoyo para la Docencia

Si NO consiente en el uso de sus datos con la finalidad de Investigación y Docencia, marque la siguiente casilla

Con la finalidad de investigación y docencia autoriza que sus datos sean cedidos a grupos de trabajo con fines de investigación y docencia

En caso de NO autorizar la cesión, marque la siguiente casilla

Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la Secretaría General de la Universidad de Granada en la dirección anteriormente indicada mediante solicitud escrita acompañada de copia del DNI.

Gracias por las molestias que se ha tomado al leer esta información con tanto detalle. Por favor, recuerde que en cualquier momento puede consultar a los investigadores y responsables del estudio si tiene alguna duda sobre el mismo.

1. Cuando quiera
2. Sin tener que dar explicaciones.
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

De todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal”.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

NO acepto participar en el estudio del Desarrollo Pulmonar.

SI acepto participar en el estudio del Desarrollo Pulmonar.

Fecha	Firma del participante
-------	------------------------

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,

(Nombre y apellidos del participante)

Yo,

(Nombre y apellidos del representante legal, en caso de menores de edad o discapacidad psíquica)

Revoco mi consentimiento otorgado previamente para la participación en el estudio **“UNA INVESTIGACIÓN PARTICIPATIVA INTERDISCIPLINAR COMO ESTRATEGIA DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE EN LA TITULACIÓN DE MEDICINA. ESTUDIO DE COHORTES DEL DESARROLLO PULMONAR EN ESTUDIANTES DE LA TITULACIÓN DE MEDICINA.”**

Fecha	Firma del participante
-------	------------------------

Gracias por las molestias que se ha tomado al leer esta información con tanto detalle. Por favor, recuerde que en cualquier momento puede consultar a los investigadores y responsables del estudio si tiene alguna duda sobre el mismo.