

Número del Centro:
Número de Estudio:
Número de Identificación del paciente para este estudio:

En papel con cabecera del Hospital

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del proyecto:
Cranectomía descompresiva tras traumatismo craneo-encefálico

Nombre del Investigador: _____

Yo,
de
siendo el familiar más cercano de

1 confirmo que he leído y estoy de acuerdo con lo expuesto en la hoja de información con fecha (versión) para el estudio arriba mencionado, y he tenido la

oportunidad de hacer preguntas (por favor marque las casillas que correspondan).

2 he comprendido que la participación de
es voluntaria y que puedo darme de baja del estudio en cualquier momento, sin dar ninguna explicación,

sin que ni mi atención médica ni mis derechos legales se vean afectados .

3 he comprendido que al formar parte de este estudio de investigación ciertas datos del expediente médico
puedan ser recogidos por las personas encargadas de realizar este estudio o de las autoridades regulatorias

si fuera el caso. Doy permiso para que estas personas tengan acceso a esos datos

4 considero que le gustaría formar parte de este

estudio si pudiera tomar la decisión por si mismo

5 estoy de acuerdo en que tome parte de este estudio

Nombre del familiar más cercano

Fecha

Firma

Nombre de la persona que toma el
consentimiento (si no es el investigador)

Fecha

Firma

Nombre del Investigador

Fecha

Firma

1 copia para el paciente, 1 para el investigador y 1 para guardar en el historial médico.