



Servicio
Canario de la Salud
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACION EN EL ESTUDIO EPoS. Ensayo clínico aleatorizado para comparación de intervalos de vigilancia postpolipectomía

Médico que participa en la obtención del consentimiento

Yo,
(nombre y apellidos en mayúsculas)

.....

- 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 en mayúsculas)

.....

Comprendo que:

1. Mi participación es voluntaria
2. Que no me supone ningún beneficio directo
3. Que la no aceptación de participar en este estudio no repercutirá en mis cuidados médicos
4. Que la información obtenida de este estudio es confidencial y se protegerá de acuerdo a la L.O. 15/99 de protección de datos de carácter personal.

Doy mi autorización para participar en este estudio

(Fecha)

(Firma del participante)

___/___/___

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo,
(nombre y apellidos en mayúsculas)

.....

He decidido **REVOCAR MI CONSENTIMIENTO y NO PARTICIPAR** en este estudio