**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PARTICIPANTE** (modifíquese si es necesario)

**Nombre de la investigación:** …………………………………………………

Nombre del investigador y datos de contacto…………………………………..

Identificación del participante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor marque sus iniciales en la casilla o marque la casilla si es digital (online

1. Confirmo que he leído y entendido la Hoja de Información para el Participante Version XX de fecha DD MM AAAA) para el mencionado estudio.
2. Se me ha dado la oportunidad de examinar la información facilitada, así como de formular preguntas, habiendo sido estas resueltas satisfactoriamente.
3. Comprendo que mi participación es totalmente voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento sin necesidad de dar explicaciones y sin que esto repercuta a mi servicio de salud o derechos legales [ asegúrese de que sean los mismos mencionados en la Hoja de Información para el Participante].
4. (Si procede) Entiendo que mis datos se almacenarán de forma anónima por un mínimo de X años y que podrán ser utilizados en futuras investigaciones aprobadas siguiendo los cánones de la ética.
5. (Si procede) Comprendo que ciertas partes relevantes de mi (historial clínico) y de la información recopilada durante el estudio podrán ser consultados por el personal perteneciente a la entidad patrocinadora (Universidad de Edimburgo) cuando sea pertinente para mi participación en la investigación. Autorizo a estas personas a que tengan acceso a mis datos (y/o historial clínico)
6. (Si procede) Soy consciente de que mi participación en la investigación puede entrañar riesgos asociados a una potencial exposición al coronavirus y entiendo las medidas que se han tomado para minimizar los riesgos de exposición y transmisión.
7. (Si procede) Acepto que se informe a mi médico de cabecera de mi participación en el estudio.

1. (Si procede) Acepto que mi entrevista sea grabada en audio/vídeo (bórrese lo que no proceda).
2. (Si procede) Acepto que mi grabación de audio/video (bórrese lo que no proceda) de la entrevista sea transcrita por un tercero.
3. Presto libremente mi conformidad para participar en esta investigación.

(Los siguientes espacios para firmas se pueden remplazar por la casilla anterior en caso de que el Consentimiento sea digital (online))

Nombre de la persona presta consentimiento Fecha Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la persona que recibe el consentimiento Fecha Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(elimínense las siguientes instrucciones si el consentimiento es digital)

1 original – para los archivos del centro, 1 copia para el participante, 1 copia para el historial médico (si procede)