

## CONSENTIMIENTO INFORMADO – INFORMACIÓN AL PACIENTE

Antes de proceder a la firma de este consentimiento informado, lea atentamente la información que a continuación se le facilita y realice las preguntas que considere oportunas.

### Naturaleza:

El objeto de este consentimiento es darle a conocer el proyecto de investigación para el que queremos usar sus datos. Usted puede ayudarnos a arrojar evidencia científica en el campo de la ecografía clínica practicada por Médicos de Familia.

### Implicaciones para el paciente:

- La participación es totalmente voluntaria.
- El paciente puede retirarse del estudio cuando así lo manifieste, sin dar explicaciones y sin que esto repercuta en sus cuidados médicos.
- Todos los datos carácter personal, obtenidos en este estudio son confidenciales y se tratarán conforme a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- La información obtenida se utilizará exclusivamente para los fines específicos de este estudio.

### ¿En qué consiste el proyecto?

El proyecto en el que usted va a participar pretende estudiar la concordancia entre las ecografías realizadas, de manera urgente, por un radiólogo especialista en este campo y un Médico-Residente de Medicina Familiar y Comunitaria.

### Riesgos de la investigación para el paciente:

- La inclusión del paciente en el proyecto de investigación no supondrá ningún riesgo para su salud.

Si requiere información adicional se puede poner en contacto con el equipo que compone el proyecto de investigación en el teléfono: 654420904 o en el correo electrónico: [egacarlos91@hotmail.com](mailto:egacarlos91@hotmail.com)

**CONSENTIMIENTO INFORMADO – CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DEL PACIENTE**

**Contribuyendo participar en el estudio que aquí se me presenta:**

Yo \_\_\_\_\_ (Nombre \_\_\_\_\_ y  
Apellidos):.....

- He leído el documento informativo que acompaña a este consentimiento (Información al Paciente) He podido hacer preguntas sobre el estudio **“Análisis de la concordancia entre las exploraciones ecográficas, realizadas por Médicos de Familia y las realizadas por el Servicio de Radiología, en Urgencias Hospitalarias”**.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He hablado con el profesional sanitario informador: \_\_\_\_\_
- Comprendo que mi participación es voluntaria y soy libre de participar o no en el estudio.
- Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- Se me ha informado de que la información obtenida sólo se utilizará para los fines específicos del estudio.
- **Deseo** ser informado/a de datos de carácter personal que se obtengan en el curso de la investigación, incluidos los descubrimientos inesperados que se puedan producir, siempre que esta información sea necesaria para evitar un grave perjuicio para mi salud o la de mis familiares biológicos.

Si No

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera.
- Sin tener que dar explicaciones.
- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el *proyecto titulado: “Análisis de la concordancia entre las exploraciones ecográficas, realizadas por Médicos de Familia y las realizadas por el Servicio de Radiología, en Urgencias Hospitalarias”*.

Firma del paciente:  
(o representante legal en su caso)

Firma del profesional  
sanitario informador

Nombre y apellidos:.....  
Fecha: .....

Nombre y apellidos: .....  
Fecha: .....