

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Embarazo físicamente activo, prevención contra los efectos del COVID-19

Yo, D/Dña, XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (nombre y apellidos), con domicilio

en XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX y DNI nº XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX declaro que

He leído la hoja de información que me han entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio, especialmente lo relativo a mi asistencia, en el caso de encontrarme en el Grupo de Tratamiento.

He hablado con:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Por el presente consiento participar en el mencionado estudio.

Comprendo que su participación es voluntaria.

Comprendo que puede retirarse del estudio.

1º Voluntariamente

2º Sin tener que dar explicaciones.

3º Sin que esto repercuta en sus cuidados médicos.

Firma de la persona que participa →

Nombre:

Fecha:

NO ES VÁLIDO PARA PRESENTAR COMO CONSENTIMIENTO INFORMADO