

CONSENTIMIENTO INFORMADO ADOLESCENTES MAYORES DE 12 AÑOS

La Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) está realizando el siguiente proyecto de investigación

ANÁLISIS DEL USO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS APLICADAS A LA SALUD DE LOS USUARIOS DE LAS CONSULTAS DE PEDIATRÍA (FAMILIAS Y ADOLESCENTES).

Se te va a realizar un cuestionario para recoger datos sobre cómo obtienes información sobre temas de salud a través de las nuevas tecnologías. En la encuesta no va a constar ningún dato personal que permita identificarte. Solamente quedarán reflejados en este documento datos que su pediatra tratará de forma confidencial siguiendo la normativa legal vigente en España (Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal).

Esperamos que esta iniciativa sea de tu interés y podamos contar así con tu apoyo y colaboración.

Yo, (nombre y apellidos),
en calidad de participante menor de edad, de años.

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He hablado con:(nombre del Investigador-colaborador)
- Comprendo que la participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 - 1º. Cuando quiera.
 - 2º. Sin tener que dar explicaciones.
 - 3º. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

He recibido toda la información pertinente adaptada a mi nivel de entendimiento y estoy de acuerdo en participar. Y presto mi conformidad a participar en el estudio

En, adede 2017

Firma del participante:

Firma del investigador-colaborador:

D./Dña.....

D./Dña.....

(Se imprimen y firman dos copias, una quedará en poder del participante y la segunda en poder del investigador)