

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PADRES-MADRES

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 le va a realizar un cuestionario para recoger datos sobre EL USO QUE REALIZAN DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS PARA LA BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN SOBRE TEMAS DE SALUD DE SU HIJO.

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).

Yo, ..... (nombre y apellidos), en calidad de participante PADRE  , MADRE  del 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 sus 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 ....., a .....de .....de 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)