

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Eficacia y factores pronósticos de resultado de la ablación de miomas por radiofrecuencia vía vaginal.**

**Apellidos y nombre del/de la participante en el estudio:**.....  
**DNI / NIE:**..... **NUHSA:**.....

**Apellidos y nombre del/de la representante legal:**.....  
**DNI / NIE:** .....

Los siguientes profesionales declaran que se ha explicado la información relativa a la poyecto.  
Dr. Angel Santalla Hernández . Fecha y firma :

### CONSENTIMIENTO:

Yo, D./Dña. .... declaro bajo mi responsabilidad que **he leído y comprendido la hoja de Información**, del que se me ha entregado un ejemplar.

He **recibido suficiente información** sobre mi participación en el proyecto y sobre la utilización de mis datos personales y clínicos. He podido hacer preguntas sobre la información recibida y hablar con el profesional indicado, quien me ha resuelto todas las dudas que le he planteado.

- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que todos mis datos serán tratados confidencialmente, según Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
  - Cuando quiera.
  - Sin tener que dar explicaciones.
  - Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Doy mi consentimiento para que los datos clínicos sean identificables únicamente por los investigadores que participan en el estudio.

Autorizo que se pueda **contactar conmigo posteriormente**:

- SI  
 NO

Sé que puedo **revocar**, en cualquier momento, el consentimiento otorgado en este documento.

En , a de de

EL/LA DONANTE

Fdo.:

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL  
(sólo en caso de incapacidad del/de la donante)

Fdo.:

### REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

D./D<sup>a</sup> ....., con D.N.I. ...., declara que:

1. He leído la Hoja de Información y Revocación del Consentimiento Informado que me ha sido entregada.

2. He hablado y aclarado las posibles dudas sobre mi revocación con el Dr./Dra. Angel Santalla Hernández.

3. Revoco el consentimiento anteriormente prestado por lo que queda sin efecto a partir de este momento

4. Mi revocación es:

- Total
- Parcial. Indique cual.....

En ..... a .... de ..... de 20....

Fdo.:

#### Relativo a los familiares/tutores/representantes legales:

El paciente D./D<sup>a</sup> ....., con D.N.I. ...., no tiene capacidad de decidir en este momento.

Por lo que D./D<sup>a</sup> ....., con D.N.I. .... y en calidad de ..... revoco el consentimiento anteriormente prestado por lo que queda sin efecto a partir de este momento.

En ..... a .... de ..... de 20....

Fdo: .....