

1. Edad .....
2. Genero .....
3. Destreza
  - ☐ Diestro
  - ☐ Zurdo
4. ¿Ha presentado o presenta episodios de epilepsia?
  - ☐ Sí
  - ☒ No
5. ¿Posee una sensibilidad particular o tiene alguna contraindicación médica documentado contra estimulaciones visuales de alta frecuencia?
  - ☐ Sí
  - ☒ No
6. ¿Ha participado con anterioridad en algún experimento de Interfaces Cerebro Computadora?
  - ☐ Sí
  - ☒ No
7. Horas de sueño durante la última noche .....
8. Ingesta de café o bebidas energizantes durante las últimas 2 hs .....
9. Nivel de stress
  - ☒ Alto
  - ☒ Medio
  - ☒ Bajo
10. ¿Acepta que sus datos obtenidos por medios no invasivos de captura de potenciales electricos que pudiesen generarse en el Sistema Nervioso Central, capturados mediante electrodos húmedos sean utilizados para el desarrollo y verificación de algoritmos y procedimientos matemáticos?
  - ☐ Acepto
  - ☒ No Acepto

Por la presente se declara que los datos obtenidos serán debidamente anonimizados para preservar la privacidad de cada uno de los sujetos, en concordancia con la Declaración de Helsinki publicada por la OMS.<sup>1</sup>

.....  
*Firma y Fecha*

Al final del procedimiento

1. Nivel de cansancio

- ☒ Alto
- ☒ Medio
- ☒ Bajo

2. Le pareció largo el procedimiento ?

- ☐ Sí
- ☒ No

3. ¿ Cuántas letras contabilizó en cada secuencia de repeticiones ? .....

4. ¿ Percibió que se se quedó dormido ?

- ☒ Sí
- ☒ No

---

<sup>1</sup><https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>