



| | |
|----------------------------|--|
| Título del estudio: | fIADex (Understanding cerebral blood FLOW dynamics for Alzheimer's Disease prevention through EXercise) |
|----------------------------|--|

(Los artículos se refieren a la Ley de Investigación Biomédica, BOE 4 de julio de 2007)

Yo, (nombre y apellidos) _____,
con D.N.I. n°: _____;

- He recibido y leído (o me han leído) la hoja de información del estudio titulado "Comprendiendo las fluctuaciones del flujo sanguíneo cerebral para la prevención del Alzheimer a través del ejercicio: el estudio fIADex"
- He comprendido la investigación que se va a realizar con mi participación y he tenido la oportunidad de resolver cualquier duda al respecto.
- He comprendido que mi participación es voluntaria.
- He comprendido que puedo retirarme del estudio:
 - Cuando quiera.
 - Sin tener que dar explicaciones.
 - Sin que esto me repercuta en ningún sentido.
 - Y tengo derecho a que mis datos sean retirados del mismo, si así lo deseo.
- Así mismo, se me ha informado de que:
 - Se hace constar que manifiesto expresamente decir la verdad en mis respuestas para garantizar los datos reales sobre mi estado físico o salud o los que se me solicitan (art. 23.1. L.I.B.).
 - Seré informado, si así lo deseo, de los datos que se obtengan durante la investigación (art. 4.5 y 27.2. L.I.B.) y de la forma de obtener dicha información (art. 15.2. L.I.B.).
 - Tengo derecho a decidir que no se me comuniquen los datos de la investigación (con las excepciones legales pertinentes) (art. 4.5. L.I.B.).
 - Los datos que se obtengan con mi participación en la investigación son anónimos y si al publicarlos hay que mencionar mi nombre será precisa mi autorización (art. 15.2. L.I.B.).
- Del mismo modo, acepto participar voluntariamente en el proyecto antes mencionado, con lo que doy autorización a realizar una sesión de familiarización con todo el procedimiento a desarrollar; así como a que se me realice en 3 ocasiones, una por cada condición de la intervención (antes de empezar la intervención y al finalizar cada condición):
 1. Resonancia magnética cerebral.
 2. Pruebas neurocognitivas.
 3. Extracciones sanguíneas
 4. Evaluación del estado de ánimo.
- Doy mi autorización para que se me contacte en el futuro para asuntos relacionados con mi participación en este estudio de investigación.
- Doy mi autorización para que el equipo de investigación médico acceda a mi historial clínico si lo considera necesario para garantizar mi seguridad o la correcta ejecución de este estudio.
- Autorizo la utilización de imágenes/videos con fines docentes, publicitarios y científicos con absoluto respeto a mi intimidad.
- Mi participación en este proyecto está cubierta por un seguro de responsabilidad civil.
- Marque esta casilla en caso de que NO acepte dar acceso a que sus muestras biológicas vayan a ser utilizadas para esta u otra investigación ☐.



Información adicional acerca del estudio:

- El personal que trabaja en este estudio ha firmado un compromiso de confidencialidad con la Universidad de Granada, por lo queda garantizada la confidencialidad debida.
- Los datos de los participantes, una vez recabados, serán anonimizados.
- Doy mi consentimiento para que los datos clínicos y/o las muestras sean anonimizados y conservados para uso y fines de investigación.
- Doy mi consentimiento para que, en línea con los requerimientos a nivel nacional y europeo de 'Open Science', los datos y muestras biológicas pueden usarse para futuros análisis y proyectos, incluso si requiere análisis fuera de España, bajo las mismas normas de protección de datos aquí indicadas y con fines orientados a mejorar el conocimiento y la salud de las personas.

Como consecuencia de lo anteriormente expuesto, marco en cada caso una de las siguientes casillas para prestación de consentimientos:

| | | |
|---|--|---|
| Consentimiento para la participación en el estudio. | <input type="checkbox"/> SI estoy de acuerdo en participar en este estudio de investigación y podré retirarme del estudio en cualquier momento, si así lo deseo. <input type="checkbox"/> NO estoy de acuerdo en participar en este estudio de investigación. | |
| Consentimiento para el tratamiento de datos personales. | <input type="checkbox"/> SI autorizo a que mis datos personales sean tratados por la Universidad de Granada. (En cualquier momento podrá retirar el consentimiento para el tratamiento de sus datos personales a través de la sede electrónica de la Universidad de Granada: (https://sede.ugr.es/procs/Proteccion-de-datos-personales-Ejercicio-del-derecho-a-retirar-el-consentimiento-prestado/) <input type="checkbox"/> NO autorizo a que mis datos personales sean tratados por la Universidad de Granada. | |
| Consentimiento para tratamiento de datos clínicos y muestras anonimizadas. | <input type="checkbox"/> SI doy mi consentimiento para que los datos clínicos y/o las muestras sean tratados de forma anonimizada y conservadas para uso y fines de investigación. <input type="checkbox"/> NO autorizo a que mis datos clínicos sean tratados por la Universidad de Granada. | |
| Fecha: | Firma de la persona participante: | Firma investigador/a responsable de informar del estudio: |
| | Fdo.: | Fdo.: |

Información Básica Sobre Protección de Datos

| | |
|-------------------------------|---|
| Responsable: | UNIVERSIDAD DE GRANADA |
| Legitimación: | La Universidad se encuentra legitimada para el tratamiento de sus datos personales por ser necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de los poderes públicos conferidos al responsable del mismo: Art. 6.1 e) RGPD, y art. 6.1.a) RGPD. |
| Finalidad | Gestionar participación en el estudio de investigación flADex (Understanding cerebral blood FLOW dynamics for Alzheimer's Disease prevention through EXercise). |
| Destinatarios: | No se prevén cesiones de datos personales. |
| Derechos: | Tiene derecho a solicitar el acceso, oposición, rectificación, supresión o limitación del tratamiento de sus datos, tal y como se explica en la información adicional. |
| Información adicional: | Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos, en el siguiente enlace: https://secretariageneral.ugr.es/unidades/oficina-proteccion-datos/guia/clausulas-informativas-sobre-proteccion-de-datos/info-adicional-produccion-investigadora |

