

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre de la Participante : Prueba EMPA

RUN/Pasaporte de la Participante : 1544

Código de Fonasa : 154785

Fecha : 30-03-2017

Firma de la Participante :

He leído con exactitud a la potencial participante o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para ella. Ella ha tenido la oportunidad de hacer preguntas.

Confirmo que ella ha dado consentimiento libremente.

Nombre de quien comunica el consentimiento informado : Enfermera (C) Tarapacá

RUT : 3-1

Firma :

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado.