

# 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** : Paciente Venezolana

**RUN/Pasaporte de la Participante** : 55555

**Código de Fonasa** : 123456

**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 (T) Coquimbo

**RUT** : 3-4

**Firma** :  
\_\_\_\_\_

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