

# 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** : Nuevo Paciente

**RUT de la Participante** : 33333333-3

**Fecha** : 23-03-2017

**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.

Confirmando que ella ha dado consentimiento libremente.

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

**RUT** : 3-2

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

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