

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: (Spanish Partnership on Autoimmune Neuropathies) Protocolo  
Investigador Integral en NAI

Yo (nombre y apellidos) .....en calidad de..... (relación  
con el participante) de.....(nombre y apellidos del participante)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con:

.....

(nombre y apellidos del investigador)

Comprendo que la participación del paciente es voluntaria.

Comprendo que puede retirarse del estudio:

1º Cuando quiera

2º Sin tener que dar explicaciones.

3º Sin que esto repercuta en sus cuidados médicos.

En mi presencia se ha dado a... (nombre del participante)

toda la información pertinente adaptada a su nivel de entendimiento y está de acuerdo en  
participar. Presto mi conformidad para que (nombre del participante) participe en este  
estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de los datos en las condiciones  
detalladas en la hoja de información.

Deseo que me comuniquen la información derivada de las pruebas genéticas realizadas siempre  
que tengan relevancia para mi salud

☐ SÍ

☐ NO

Teléfono o email de contacto: .....

Autorizo que la información recogida sea utilizada en estudios futuros sobre áreas relacionadas  
al estudio actual

☐ SÍ ☐ NO

Autorizo el uso secundario de los datos con finalidad científica a través de repositorios públicos con  
las debidas garantías de seguridad y confidencialidad

☐ SÍ ☐ NO

.....

**Firma del representante**

**Fecha:**

.....

**Firma del investigador**

**Fecha:**

**Este documento se firmará por duplicado quedándose una copia el investigador y otra el paciente**