Anexo 4. Formulario de Consentimiento Informado de los padres o Representantes Legales

Título del estudio: Registro Español de Trastornos Plaquetarios Congénitos

Código de protocolo: RETPLAC (v2, sustituye a versión 1.0 de 4/12/2017)

Promotor: Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias/Instituto Murciano de Investigaciones Biomédica (FFIS/IMIB)
Yo,.....
(nombre y apellidos de un progenitor o representante legal)

He leído la hoja de información sobre el estudio titulado **"Registro Español de Trastornos Plaquetarios Congénitos"**
He podido hacer preguntas sobre el estudio.
He recibido suficiente información sobre el estudio.
He hablado con el doctor……
Comprendo que mi decisión sobre la participación de mi hijo/a o representado/a es voluntaria.
Comprendo que puedo retirarle del estudio:
1. Cuando quiera.
2. Sin tener que dar explicaciones.
3. Sin que esto repercuta en sus cuidados médicos.
Entiendo que al acceder a que mi hijo/a o representado/a participe en este estudio, consiento en la recogida, tratamiento, cesión y transferencia (si procede) de sus datos personales, con respeto del anonimato para fines de atención sanitaria y/o investigación médica.
Presto libremente mi conformidad para que mi hijo/a o representado/a participe en el estudio y que sus datos puedan ser utilizados con fines de investigación.
Recibiré una copia firmada de la hoja de información y del consentimiento informado.

.....
Nombre del progenitor-1 o representante legal (en mayúsculas) Firma Fecha

.....
Nombre del progenitor-2 o representante legal (en mayúsculas) Firma Fecha

.....
Nombre del investigador (en mayúsculas) Firma Fecha

En caso de que no proceda la firma del segundo progenitor, por no convivir de forma permanente o en régimen de visitas con el niño/a, marque esta casilla ☐