

REGISTRO DE HEMORRAGIAS SUBARACNOIDEAS CORTICALES

Hoja de identificación y consentimiento

Nº Registro*:

Nombre y apellidos:

SIP:

*EL nº de registro identificará a cada paciente en la bse de datos; estará formado por la inicial del hospital y el número correspondiente a cada paciente incluido en ese centro. Ejem: HS 1 (primer paciente incluido en el Hospital de Sagunto)

CONSENTIMIENTO

Acepto de forma voluntaria participar en el trabajo "REGISTRO DE HEMORRAGIAS SUBARACNOIDEAS CORTICALES EN LA COMUNIDAD VALENCIANA"

Al participar en este trabajo acepto que se incluyan en el registro los datos clínicos de mi enfermedad que sean relevantes para el proyecto**. No se incluirá ningún dato de tipo personal.

Según me informa el Dr. / Dra este trabajo es un registro observacional y no me obliga a seguir ningún tratamiento específico. La medicación que mi médico me recete será la misma que hubiera recibido aunque no participara en el trabajo.

Nombre:

Fdo:.....

DNI.....

Proporciona la información Dr. / Dra.....

Nº Colegiado..... DNI.....

Ena.....de.....de.....

**La base de datos en la que se incluirá dicha información cumple la Ley de Protección de Datos vigente en la actualidad.

REGISTRO DE HEMORRAGIAS SUBARACNOIDEAS CORTICALES
Hoja de identificación y consentimiento

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Revoco el consentimiento prestado en fecha de de
2..... y solicito que se elimine de la base de datos del trabajo
“REGISTRO DE HEMORRAGIAS SUBARACNOIDEAS CORTICALES EN LA
COMUNIDAD VALENCIANA” toda la información relativa a mí/mi familiar.

Fdo.....

Fecha.....

Recibe la revocación del consentimiento:

Fdo. Dr/a.....