

RESEMA

Formato de Consentimiento informado

(Versión 1.0, 17.11.2021)

Participación en el REGistro de SEnsibilización Molecular en enfermedades Alérgicas (RESEMA)

Por lo presente, declaro:

Apellidos: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Que me informaron de manera adecuada y suficiente sobre los objetivos, la naturaleza, los riesgos y los beneficios de este estudio de registro (RESEMA) y que tuve la oportunidad y el tiempo suficiente para aclarar todas mis preguntas.

He leído y comprendido la información de los pacientes de este estudio de registro (RESEMA) y he recibido una copia de esta información del paciente para mis propios archivos.

Sé que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento y sin ninguna consecuencia negativa y sin tener que dar ninguna razón para este paso. Además, sé que puedo estar en desacuerdo con un tratamiento posterior de mis datos y que yo puedo solicitar una retirada de mis datos en cualquier momento.

Sé que tengo el derecho de ser informado sobre mis datos que se recogieron en el banco de datos del registro en cualquier momento.

Declaro que estoy de acuerdo en participar en el registro de sensibilización molecular en pacientes con enfermedades alérgicas (RESEMA).

Declaración de consentimiento en relación con el registro y procesamiento de los datos:

Por la presente, acepto que mis datos se puedan capturar, registrar, anonimizar en dispositivos de almacenamiento de datos electrónicos, y se procesen para este registro (RESEMA). Con esto, También estoy de acuerdo con una publicación de los resultados del registro de manera que haga imposible deducir mi información personal de los resultados.

Además, estoy de acuerdo con que los datos anonimizados puedan ser transferidos al equipo metodológico del IJICSA para el análisis.

Por otra parte, estoy de acuerdo con que los datos anonimizados mencionados puedan ser transferidos a las autoridades de salud dentro y fuera de México.

Fecha: _____

Firma del paciente participante

Fecha: _____

si procede: Firma de los padres/ tutor (representante legal)

Fecha: _____

si procede: Firma de los padres/ tutor (representante legal)

Por la presente declaro que el participante anterior fue informado de manera adecuada y suficiente sobre los objetivos, la naturaleza, los riesgos y beneficios de este estudio de registro (RESEMA) y que él/ella recibió una copia de la información del paciente y de este consentimiento informado por escrito.

Fecha: _____

Firma del investigador/ médico responsable del registro (RESEMA)

Si tiene alguna pregunta dirigida a los investigadores de coordinación de este estudio, por favor póngase en contacto con Dra. Mónica Rodríguez González al teléfono: 5566106108 ó correo electrónico: mon.medley@gmail.com

Comité de Investigación
Dra. Liliana Faviola De La Cerda Trujillo PRESIDENTA
Instituto Jalisciense de Investigación Clínica S.A. de C.V.
Calle Penitenciaria 20. Colonia Centro.
C.P. 44100 Guadalajara, Jalisco.