**VISITA DE TOMA DE CONSENTIMIENTO**

**PROTOCOLO XXXXXXX**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| FECHA:  |  | RUT |  |
| Nombre: |  |
| Iniciales  |  | Fecha de Nacimiento: |  |
| Edad  |  | Sexo |  |
| Dirección  |  |
| Teléfono  |  |

|  |
| --- |
| Hora:Se recibe al paciente para discutir el formulario de consentimiento informado versión XXXXXXXX, estudio clínico XXXXXXXXXXXXXX.Paciente manifiesta haber leído el formulario de consentimiento informado. Se explica el estudio con el mayor detalle posible.Paciente realiza preguntas como: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (escribir las preguntas si tiene)Y se le realizan preguntas para saber si lo entendió. Se le resuelven todas las dudas, se le explica que si no acepta participar en el estudio esto no tendrá ninguna consecuencia para él/ella, ni para su tratamiento en nuestra institución. Se le explica que se puede retirar cuando lo desee.El paciente expresa su deseo de participar libre y voluntariamente en el estudio, por lo tanto se firman dos copias originales: por el paciente, por mí y por el/la delegada del director de la institución. Se entrega una de estas copias al paciente y la otra queda en el centro. |

|  |
| --- |
| Nombre del Investigador: Firma del Investigador: Fecha: |