

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA PERSONA PARTICIPANTE

Proyecto: Biomarcadores faciales no invasivos de enfermedades raras

Yo.....
con DNI.....

- He hablado con el/la investigador/a
.....
- He leído la hoja de información que se me ha facilitado
- He podido hacer preguntas sobre el estudio
- He recibido suficiente información en este sentido
- Entiendo que mi participación es voluntaria
- Entiendo que puedo retirarme del estudio:
 - cuando lo desee,
 - sin necesidad de dar explicaciones,
 - sin que ello repercuta en mis cuidados
- Entiendo que mis datos serán tratados y que puedo ejercitar mis derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación y oposición en el ámbito reconocido por la normativa en materia de protección de datos y garantía de derechos digitales.

Doy el consentimiento de que se realice:

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. La toma de datos faciales | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 2. El análisis dental | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 3. El registro de mis huellas dactilares | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 4. La extracción de saliva | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 5. La utilización de mis datos personales para la realización de este proyecto | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 6. La utilización del anterior material biológico y datos clínicos asociados para la investigación biomédica utilizando las técnicas propuestas en el proyecto | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Confirmando que:

1. Autorizo a ser contactado en el caso de necesitar más información o muestras biológicas adicionales (opcional):
 Sí No
2. Autorizo a la publicación de los resultados anónimos del presente proyecto de investigación, tanto a nivel nacional como internacional (opcional):
 Sí No

3. Autorizo que se usen las fotografías en publicaciones en presentaciones o revistas científicas o en otros medios con finalidades de difusión de los resultados científicos (opcional):
 Sí No
4. Autorizo que me comuniquen la información derivada de la investigación que pueda ser relevante para mí salud o mis familiares (opcional):
 Sí No
5. Autorizo que anualmente me envíen por correo electrónico un informe sobre la evolución de los estudios realizados (opcional):
 Sí No
6. Autorizo a ser contactado para solicitar mi consentimiento sobre el uso de mis datos y/o muestras en futuros proyectos de investigación no relacionados con el actual (opcional):
 Sí No
7. Autorizo al almacenaje de mi material biológico excedente para investigaciones posteriores (opcional):
 Sí No
8. Autorizo que mis datos sean comunicados a biobancos y otros repositorios de información con finalidades científicas siempre que se encuentren ubicados dentro del Espacio Económico Europeo o en estados seguros en los términos indicados (opcional):
 Sí No
9. Autorizo que mis datos sean comunicados al European Genome-Phenome Archive (opcional):
 Sí No

Deseo incluir las siguientes restricciones al uso de mis muestras:

.....

Firma del/de la participante

Firma del/de la investigador/a

Núm. DNI:

Núm. DNI:

Fecha:/...../.....

Fecha: / /

(Nombre, firma y fecha de puño y letra del/de la participante)

En caso de menores:

Firma del/de la menor y de ambos progenitores o representantes legales

Núm. DNI:

Fecha: / /

(Nombre, firma y fecha de puño y letra del menor)

Núm. DNI:

Fecha: / /

(Nombre, firma y fecha de puño y letra del padre/madre o representante legal)

Núm. DNI:

Fecha: / /

(Nombre, firma y fecha de puño y letra del padre/madre o representante legal)

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,(nombre y apellidos),
revoco el consentimiento informado firmado el día/...../..... y declaro por tanto, que
después de la información recibida, no autorizo participar en el estudio.

Firma del/de la participante	Firma del/de la investigador/a
Fecha:	Fecha: