



Consentimiento informado.-

Montevideo,....

El que suscribe,... C.I....., Registro.... Declara:

He recibido de mi médico tratante Dr.... la información referida a la enfermedad miocardiopatía hipertrófica, así como la investigación que se está realizando sobre la misma y la finalidad y alcance de mi participación y de mis familiares en primer grado en el Registro a crearse. Este Registro tiene por finalidad el estudio de la mencionada enfermedad mediante la recopilación de mis datos personales que surjan a través de la historia clínica llevada por mi médico tratante y la realización de electrocardiogramas y ecocardiogramas, sin riesgo ni costo y sin derecho a remuneración alguna.

Se respetará mi derecho a la confidencialidad de los datos personales y filiatorios y el procesamiento de la información médica se hará en forma anónima. La investigación puede requerir seguimiento a través de contactos telefónicos o el manejo de la historia clínica en este aspecto particular.

Presto mi autorización expresa para esta investigación y mi inclusión en el Registro, así como eventualmente, de datos de mis familiares en primer grado, habiendo sido informado que puedo revocar esta autorización en cualquier momento y sin necesidad de explicación alguna.

Se me ha informado que en cualquier momento, tengo la posibilidad de contactarme con el Investigador Responsable y su equipo a los teléfonos 480 65 67 y 487 25 65 de la Sociedad Uruguaya de Cardiología, por cualquier consulta a realizar.

Y para constancia, se firman dos ejemplares del mismo tenor, uno de los cuales queda en poder del investigador responsable o coordinador y otro en poder del paciente.

Firma del paciente y/o sus representantes legales:

Firma del médico tratante:

Firma del investigador responsable: