



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sus médicos le han solicitado un examen endoscópico, cuyas características ya se le han informado, con la intención de evaluar la presencia de lesiones la porción superior de su aparato digestivo (esófago, estómago y duodeno) y para la obtención de algunas muestras (biopsias) para diagnosticar la presencia de una posible infección con una bacteria denominada *Helicobacter pylori*, la que se encuentra asociada al desarrollo de distintas afecciones digestivas (gastritis crónica, úlcera gástrica y duodenal, etc.).

Nosotros estamos interesados en investigar si la existencia de dicha infección altera en el estómago la producción de algunas hormonas (grelina y leptina) que participan en la modulación del apetito y la saciedad.

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica.

Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado; siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

En caso de que Ud. aceptara participar de este estudio se le realizarán algunas preguntas sobre usted, sus hábitos alimenticios, se lo pesará y medirá su altura.

Antes de administrarle los medicamentos que el médico anestesiólogo utilizará para su confort en el curso del examen endoscópico, se obtendrá una muestra de sangre para establecer los niveles presentes de las mencionadas hormonas.

El diagnóstico de la infección por *Helicobacter pylori* se realizará con el estudio de las biopsias obtenidas durante el examen endoscópico y con el Test del Aire Espirado utilizando urea marcada con ^{13}C .

Para la realización del Test del Aire Espirado se le administrará en ayunas un líquido para tomar, de sabor agradable, que contiene urea marcada con carbono 13 y deberá soplar dentro de unos tubos. De estar presente el *Helicobacter pylori*, éste metaboliza la urea rápidamente y el carbono absorbido se eliminará en el aire espirado. Su posterior medición permitirá diagnosticarlo.

Su decisión de participar en este estudio es completamente voluntaria.

En caso de no aceptar participar de esta invitación no habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted.

No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio y no recibirá pago alguno por su participación.

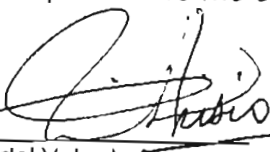
En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable.

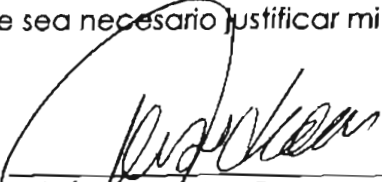
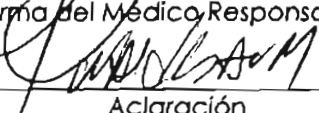
La información de cada paciente obtenida en este estudio, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.



Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.


Firma del Voluntario
Lida A. Di Lisio
Aclaración
3.549.363
DNI


Firma del Médico Responsable

Aclaración
55375
Nº de Matrícula


Firma del testigo
Nancy Samudio
Aclaración
28.605.589
DNI



Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho a negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

[Firma del Voluntario]

Firma del Voluntario

[Firma de aclaración]

Aclaración

18849110

DNI

[Firma del Médico Responsable]
M.N. 106112 - M.E. 461986
Gastroenterología
Marta M. [Firma]
210255012

Firma del Médico Responsable

Aclaración

Nº de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI



Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Firma del Voluntario

Aclaración

3234489

DNI

Firma del Médico Responsable

Aclaración

55375

Nº de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI



Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

De Ruiz

Firma del Voluntario

Mica Estela Ruiz

Aclaración

5 675 774

DNI

[Signature]

Firma del Médico Responsable

Aclaración

55379

Nº de Matrícula

[Signature]

Firma del testigo

FUDA JULIAN A.

Aclaración

27875033

DNI



Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Firma del Voluntario

Stella Maris González

Aclaración

D.N.I. N° 16.144.884

DNI

Firma del Médico Responsable

Aclaración

554/5

Nº de Matrícula

Firma del testigo

FUDA JULIAN A.

Aclaración

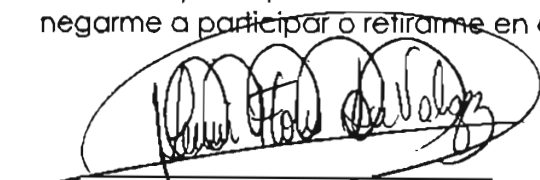
27975033

DNI



Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.


Firma del voluntario

LENIN FLORES DE VALGAS

Aclaración

94182489

DNI


Firma del Médico Responsable

Aclaración

SSAS

Nº de Matrícula

Firma del testigo

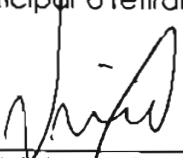
Aclaración

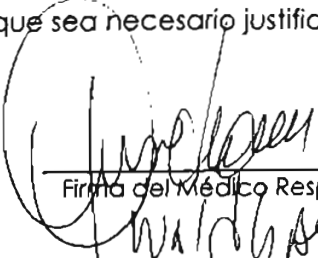
DNI



Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.


Firma del Voluntario
VERIANA OBANDO BRAVO
Aclaración
94 237769
DNI


Firma del Médico Responsable
Aclaración
55575
Nº de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI



Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Firma del Voluntario

Aclaración

DNI

Firma del Médico Responsable

ANDRES DE WONAGA
GASTROENTEROLOGO
M.N. 99949

Nº de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

[Firma]

Firma del Voluntario

Luis B. Farina

Aclaración

4585196

DNI

[Firma]
Firma del Médico Responsable
[Firma]
Aclaración

Nº de Matrícula

[Firma]

Firma del testigo

Freia

Aclaración

23.342.265

DNI



Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Firma del Voluntario

M. MUÑOZ

Aclaración

3.210.834

DNI

Firma del Médico Responsable

Aclaración

55345

Nº de Matricula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

DNI



Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Firma del Voluntario

BATALLAN KARINA

Aclaración

29568972

DNI

Firma del Médico Responsable

Aclaración

A06112

Nº de Matrícula

Firma del testigo

PAULA MANTEL

Aclaración

33004732

DNI



Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Firma del Voluntario

RONERO SANDRA

Aclaración

93.603.043

DNI

Firma del Médico Responsable

Aclaración

MARIA CAROLINA OZOLLO LANDI
MÉDICA

Nº de Matrícula

Firma del testigo

PAULA MANTECO

Aclaración

33.004.732

DNI



División Gastroenterología
 Av. Córdoba 2351, 4º piso, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C1120AAR).
 Tel: 5950-8794 - 5950-8462

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Firma del Voluntario

Mika Cewantes

Aclaración

9402 6869

DNI

Firma del Médico Responsable

Aclaración

Nº de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

[Firma]
Firma del Voluntario

Marcela Florio
Aclaración

35.930.917
DNI

[Firma]
Firma del testigo

María Laura Paez
Aclaración

28637680
DNI

[Firma]
Firma del Médico Responsable

[Firma]
Aclaración

MN 105852
Nº de Matrícula

MA. EUGENIA LINARES
MÉDICA
Nº 105852



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sus médicos le han solicitado un examen endoscópico, cuyas características ya se le han informado, con la intención de evaluar la presencia de lesiones la porción superior de su aparato digestivo (esófago, estómago y duodeno) y para la obtención de algunas muestras (biopsias) para diagnosticar la presencia de una posible infección con una bacteria denominada *Helicobacter pylori*, la que se encuentra asociada al desarrollo de distintas afecciones digestivas (gastritis crónica, úlcera gástrica y duodenal, etc.).

Nosotros estamos interesados en investigar si la existencia de dicha infección altera en el estómago la producción de algunas hormonas (grelina y leptina) que participan en la modulación del apetito y la saciedad.

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica.

Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado; siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

En caso de que Ud. aceptara participar de este estudio se le realizarán algunas preguntas sobre usted, sus hábitos alimenticios, se lo pesará y medirá su altura.

Antes de administrarle los medicamentos que el médico anestesiólogo utilizará para su confort en el curso del examen endoscópico, se obtendrá una muestra de sangre para establecer los niveles presentes de las mencionadas hormonas.

El diagnóstico de la infección por *Helicobacter pylori* se realizará con el estudio de las biopsias obtenidas durante el examen endoscópico y con el Test del Aire Espirado utilizando urea marcada con ^{13}C .

Para la realización del Test del Aire Espirado se le administrará en ayunas un líquido para tomar, de sabor agradable, que contiene urea marcada con carbono 13 y deberá soplar dentro de unos tubos. De estar presente el *Helicobacter pylori*, éste metaboliza la urea rápidamente y el carbono absorbido se eliminará en el aire espirado. Su posterior medición permitirá diagnosticarlo.

Su decisión de participar en este estudio es completamente voluntaria:

- En caso de no aceptar participar de esta invitación no habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted.

No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio y no recibirá pago alguno por su participación.

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable.

La información de cada paciente obtenida en este estudio, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.



Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Firma del Voluntario

RIVERA

Aclaración

94057323

DNI

Firma del Médico Responsable

Maria P. Rivera
División Gastroenterología
C.A.B.A. - M.P.: 451183
Nº de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI



Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Firma del Voluntario

Pérez J. María

Aclaración

26 542 067

DNI

Firma del Médico Responsable

Aclaración

Nº de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI



Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Elvira López

Firma del Voluntario

ELVIRA LÓPEZ

Aclaración

5321106

DNI

Firma del Médico Responsable

Marta Marta Pizarro
Marta Marta Pizarro
Gastroenteróloga
M.N.: 108172 P.: 481168

Nº de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI



Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Firma del Voluntario

M. Paula Decalde

Aclaración

33498033

DNI

Firma del testigo

Aclaración

DNI

Firma del Médico Responsable

Aclaración

Nº de Matrícula

Maria Marta Piskorz
Gastroenterología
M.N.: 108012 - M.P.: 461165



División Gastroenterología

Av. Córdoba 2351, 4º piso, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C1120AAR).
Tel: 5950-8794 - 5950-8462

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Firma del Voluntario

LUCAS TIBURCIO

Aclaración

31534771

DNI

Firma del Médico Responsable

Aclaración

Nº de Matrícula

Firma del testigo

PAULA MANTERO

Aclaración

33 004 732

DNI



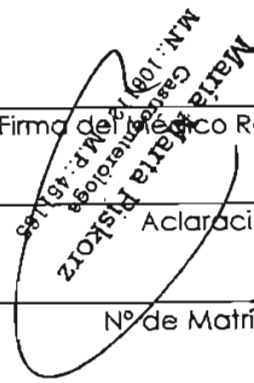
Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.


Firma del Voluntario

Pablo Di Biase
Aclaración

22 402 429
DNI


Firma del Médico Responsable

Maria Piskorz
Aclaración

Nº de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión


Firma del Voluntario

Aclaración

DNI


Firma del Médico Responsable

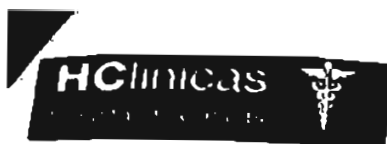
Aclaración

Firma del testigo

Aclaración

DNI


Dra. MARIA MARTA PISKORZ
M.P. 106112 - M.N. 431165
de Neurología



División Gastroenterología

Av. Córdoba 2351, 4º piso, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C1120AAR),
Tel. 5950-8794 - 5950-8462

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

[Firma manuscrita]

Firma del Voluntario

Aclaración

DNI

Firma del Médico Responsable

Aclaración

Nº de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI



División Gastroenterología

Av. Córdoba 2351, 4º piso, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C1120AAR).
Tel: 5950-8794 - 5950-8462

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Firma del Voluntario

NICOLAS CASTINELNAS

Aclaración

33403836

DNI

Firma del testigo

RODRIGO GARCIA

Aclaración

14.439.301

DNI

Firma del Médico Responsable

Aclaración

Nº de Matrícula

Dra. MARTA RISKORR
Gastroenteróloga
M.P. 106112 - M.N. 451165



División Gastroenterología

Av. Córdoba 2351, 4º piso, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C1120AAR),
Tel: 5950-8794 - 5950-8462

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Firma del Voluntario

Carlos Fleche

Aclaración

DNI 10.113.542

DNI

Firma del Médico responsable

Aclaración

Nº de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

Dra. María Magdalena Piskorski
Gastroenteróloga
M.P. 106112 - M.N. 45112



Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Firma del Voluntario

ANA DE DIAZ

Aclaración

32851864

DNI

Firma del testigo

Emma E. Muñoz

Aclaración

DNI 12021074

DNI

Firma del Médico Responsable

Aclaración

Nº de Matricula

Dra. MARTA GILISCOR
Gastroenteróloga
M.P. 108112 - M.O. 45116



Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Firma del Voluntario

GABRIELA LOIS

Aclaración

13.976.502

DNI

Firma del Médico Responsable

Aclaración

40399

Nº de Matrícula

Firma del testigo

TODERIO HECTOR S

Aclaración

14027460

DNI



Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.


Firma del Voluntario

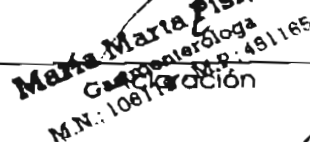
JUAN A. SÁ

Aclaración

7.590-677

DNI

Firma del Médico Responsable


María Marta Pizarro
Gastroenteróloga
M.N.: 108714

Nº de Matrícula


Firma del testigo

Julio M. Marconi

Aclaración

DNI 10424000

DNI

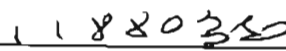


Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

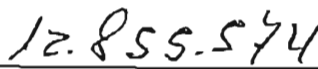

Firma del Voluntario

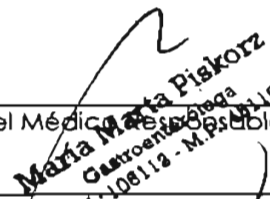

Aclaración


DNI


Firma del testigo


Aclaración


DNI


Firma del Médico responsable
Aclaración
Nº de Matrícula



Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

[Firma manuscrita]

Firma del Voluntario

Leonardo Quiroga

Aclaración

94540286

DNI

Firma del Médico Responsable

[Firma manuscrita]
Marta Pignatelli
Gastroenteróloga
M.N.: 106112072 p. 481185

Nº de Matrícula

[Firma manuscrita]

Firma del testigo

Maria Cristina Quiroga

Aclaración

94540287

DNI

TÍTULO DEL PROYECTO: RELACIÓN ENTRE LA COLONIZACIÓN GÁSTRICA POR *HELICOBACTER PYLORI*, LOS PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS Y LA CONCENTRACIÓN DE LAS HORMONAS NEUROENDOCRINAS GRELINA Y LEPTINA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sus médicos le han solicitado un examen endoscópico, procedimiento requerido de acuerdo a su cuadro clínico conforme con las buenas prácticas médicas, con la intención de evaluar la presencia de lesiones en la porción superior de su aparato digestivo (esófago, estómago y duodeno). Durante la realización de la misma se obtendrán cuatro muestras (biopsias) para realizar el análisis histopatológico y para diagnosticar la presencia de una posible infección con una bacteria denominada *Helicobacter pylori*, la que se encuentra asociada al desarrollo de distintas afecciones digestivas (gastritis crónica, úlcera gástrica y duodenal, etc.).

Nosotros estamos interesados en investigar si la existencia de dicha infección altera en el estómago la producción de algunas hormonas (grelina y leptina) que participan en la modulación del apetito y la saciedad.

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica.

Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado; siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

En caso de que Ud. aceptara participar de este estudio, no tendrá que concurrir a ninguna cita extra a la pactada para realizar el examen endoscópico.

El día en el que concurra para realizar dicho examen, le formularemos algunas preguntas sobre sus datos personales, nivel educativo, características de su vivienda, sus hábitos alimenticios, se lo pesará y medirá su altura. Se obtendrá también una muestra de sangre para establecer las concentraciones de las mencionadas hormonas. Aunque es poco frecuente, es necesario que Ud. sepa que la extracción de sangre por punción venosa del pliegue del codo podría llegar a producir la formación de un hematoma en el sitio de extracción, con la aparición ocasional de dolor.

El diagnóstico de la infección por *Helicobacter pylori* se realizará con el estudio de las biopsias obtenidas durante el examen endoscópico y con el Test del Aire Espirado utilizando urea marcada con ^{13}C , que es una molécula NO radiactiva.

Para la realización del Test del Aire Espirado se le administrará en ayunas un líquido para tomar, de sabor agradable, que contiene urea marcada con carbono 13 y deberá soplar dentro de unos tubos. Es un método simple y no invasivo. De estar presente el *Helicobacter pylori*, éste metaboliza la urea rápidamente y el carbono absorbido se eliminará en el aire espirado. Su posterior medición permitirá diagnosticarlo.

Su decisión de participar en este estudio es completamente voluntaria.

En caso de no aceptar participar de esta invitación no habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted.

No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio y no recibirá pago alguno por su participación. Además de la información obtenida mediante su examen endoscópico, Ud. podrá contar con los resultados del ^{13}C -Test del Aire Espirado.

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



Firma del Voluntario

CINTHIA LANDIVAR
Aclaración

94281061
DNI



Firma del Médico Responsable

Aclaración S. Matus
Medico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

Nº de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

22460171.
DNI

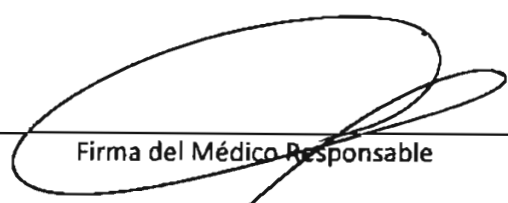
En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al Investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la Información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.


Firma del Voluntario


Firma del Médico Responsable


Aclaración


Aclaración

Gonzalo S. Matus
Medico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

12608960
DNI

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al Investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 Int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



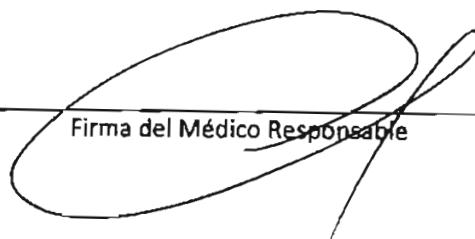
Firma del Voluntario

LAURA GABRIELA JARAS

Aclaración

16.112.416

DNI



Firma del Médico Responsable

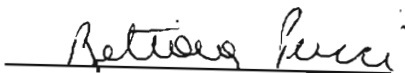
Aclaración

GONZALO S. MATUS
MEDICO - U.B.A.
MN 134.062

N° de Matrícula



Firma del testigo



Aclaración

30007388 -

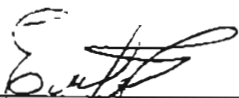
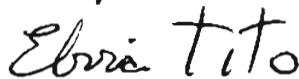



DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.


Firma del Voluntario
Aclaración
DNI
Firma del Médico Responsable
Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
Aclaración M.N. 134.082
N° de Matrícula
Firma del testigo
Aclaración
DNI

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.


Firma del Médico Responsable

Aclaración **Gonzalo S. Matus**
Medico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

Nº de Matrícula

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 Int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

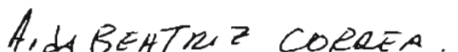


Firma del Voluntario



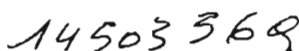
Firma del Médico Responsable

Gonzalo S. Matus
Medico Gastroenterólogo
M.N. 134.082



Aclaración

Aclaración



DNI

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI


En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 Int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la Información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.


Firma del Voluntario


Firma del Médico Responsable

CORONEL JUAN CARLOS
Aclaración

Gonzalo S. Matus
Aclaración
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

17853 102
DNI

Nº de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



Firma del Voluntario



Firma del Médico Responsable



Aclaración

Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

Aclaración

9376 2541

DNI

N° de Matrícula



Firma del testigo



Aclaración

93858023

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

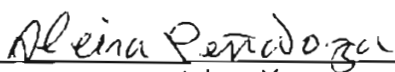
La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.


Firma del Voluntario


Firma del Médico Responsable


Aclaración

Aclaración

Gonzalo S. Matus
Medico Gastroenterólogo
M.N. 134.032

93910425
DNI

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al Investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la Información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



Firma del Voluntario



Firma del Médico Responsable

Karen Serrano

Aclaración

Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

Aclaración

94630986

DNI

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración


DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



Firma del Voluntario



Firma del Médico Responsable



Aclaración

Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

Aclaración



DNI

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al Investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



Firma del Voluntario



Firma del Médico Responsable



Aclaración

Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

Aclaración



DNI

Nº de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Silvina Heroldus

Firma del Voluntario

Gonzalo S. Matus

Firma del Médico Responsable

Silvina Heroldus

Aclaración

Gonzalo S. Matus
Medico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

Aclaración

DNI

2614 393 (CÉDULA PARAGUAY)

N° de Matrícula

Maria Anasco S.

Firma del testigo

Maria Anasco S.

Aclaración

94 499 726.

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al Investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

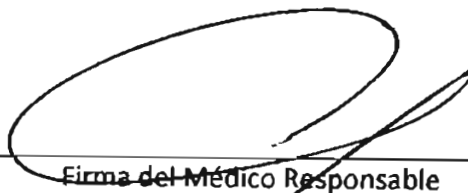
La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

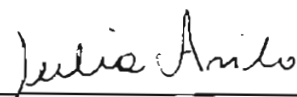
Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



Firma del Voluntario



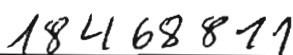
Firma del Médico Responsable



Aclaración

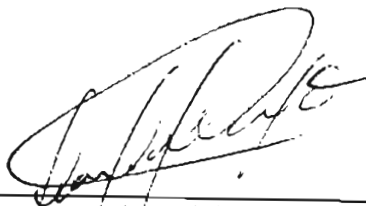
Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

Aclaración

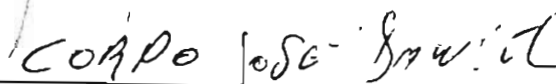


DNI

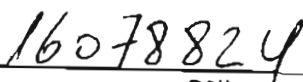
Nº de Matrícula



Firma del testigo



Aclaración



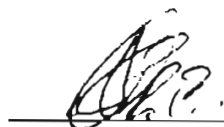
DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 Int. 255.

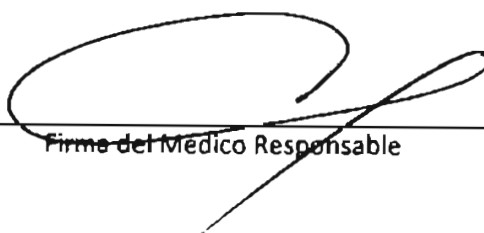
La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



Firma del Voluntario



Firma del Médico Responsable



Aclaración

Aclaración **Gonzalo S. Matus**
Médico Gastroenterólogo
M.N. 142.018

92940119

DNI

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

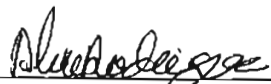
DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 Int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

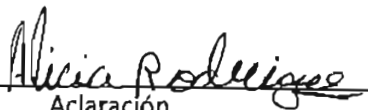
Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



Firma del Voluntario



Firma del Médico Responsable



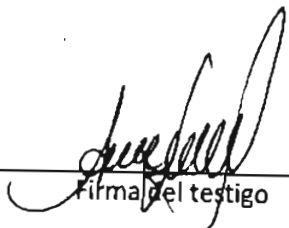
Aclaración

Gonzalo S. Matus
Aclaración Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

11629819

DNI

N° de Matrícula



Firma del testigo

SANDRA LINARES

Aclaración

24.491.940

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.


Firma del Voluntario


Firma del Médico Responsable

Marina Suarez.
Aclaración

Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
Aclaración M.N. 134.082

22-859202
DNI

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al Investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



Firma del Voluntario



Firma del Médico Responsable

Demetrio Pacheco

Aclaración

Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 1344082

Aclaración

93017134

DNI

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

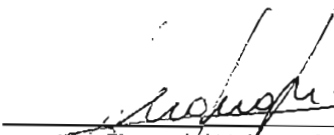
DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".


Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.


Firma del Voluntario

Suárez Alicia
Aclaración

29.144.123
DNI


Firma del Médico Responsable

Gonzalo S. Matus
Aclaración Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.032

Nº de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

**PYLORI, LOS PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS Y LA CONCENTRACIÓN DE LAS HORMONAS
NEUROENDOCRINAS GRELINA Y LEPTINA.**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sus médicos le han solicitado un examen endoscópico, procedimiento requerido de acuerdo a su cuadro clínico conforme con las buenas prácticas médicas, con la intención de evaluar la presencia de lesiones en la porción superior de su aparato digestivo (esófago, estómago y duodeno). Durante la realización de la misma se obtendrán cuatro muestras (biopsias) para realizar el análisis histopatológico y para diagnosticar la presencia de una posible infección con una bacteria denominada *Helicobacter pylori*, la que se encuentra asociada al desarrollo de distintas afecciones digestivas (gastritis crónica, úlcera gástrica y duodenal, etc.).

Nosotros estamos interesados en investigar si la existencia de dicha infección altera en el estómago la producción de algunas hormonas (grelina y leptina) que participan en la modulación del apetito y la saciedad.

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica.

Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado; siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

En caso de que Ud. aceptara participar de este estudio, no tendrá que concurrir a ninguna cita extra a la pactada para realizar el examen endoscópico.

El día en el que concurra para realizar dicho examen, le formularemos algunas preguntas sobre sus datos personales, nivel educativo, características de su vivienda, sus hábitos alimenticios, se lo pesará y medirá su altura. Se obtendrá también una muestra de sangre para establecer las concentraciones de las mencionadas hormonas. Aunque es poco frecuente, es necesario que Ud. sepa que la extracción de sangre por punción venosa del pliegue del codo podría llegar a producir la formación de un hematoma en el sitio de extracción, con la aparición ocasional de dolor.

El diagnóstico de la infección por *Helicobacter pylori* se realizará con el estudio de las biopsias obtenidas durante el examen endoscópico y con el Test del Aire Espirado utilizando urea marcada con ^{13}C , que es una molécula NO radiactiva.

Para la realización del Test del Aire Espirado se le administrará en ayunas un líquido para tomar, de sabor agradable, que contiene urea marcada con carbono 13 y deberá soplar dentro de unos tubos. Es un método simple y no invasivo. De estar presente el *Helicobacter pylori*, éste metaboliza la urea rápidamente y el carbono absorbido se eliminará en el aire espirado. Su posterior medición permitirá diagnosticarlo.

Su decisión de participar en este estudio es completamente voluntaria.

En caso de no aceptar participar de esta invitación no habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted.

No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio y no recibirá pago alguno por su participación. Además de la información obtenida mediante su examen endoscópico, Ud. podrá contar con los resultados del ^{13}C -Test del Aire Espirado.

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

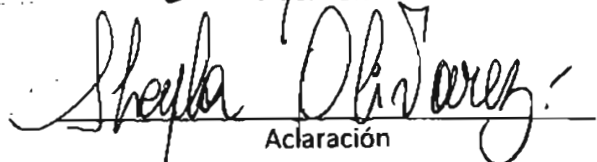
La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



Firma del Voluntario



Aclaración

92401456-

DNI



Firma del Médico Responsable

Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo

Aclaración M.N. 134.082

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



Firma del Voluntario



Firma del Médico Responsable



Aclaración

Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

Aclaración



DNI

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 Int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

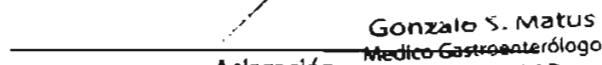
Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.


Firma del Voluntario


Firma del Médico Responsable


Aclaración


Aclaración

Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

34 813172
DNI

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

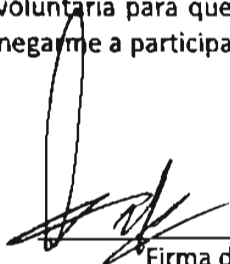
DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.


La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

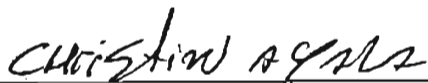
Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



Firma del Voluntario




Firma del Médico Responsable



Aclaración

Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

Aclaración



DNI

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La Información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Firma del Voluntario

Firma del Médico Responsable

Aclaración

Aclaración

Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

DNI

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al Investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 Int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Ofelia G. de Vera

Firma del Voluntario

[Firma]

Firma del Médico Responsable

Ofelia G. de Vera

Aclaración

Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

Aclaración

1.082.370

DNI

N° de Matrícula

[Firma]

Firma del testigo

[Firma]

Aclaración

94695785

DNI

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Firma del Voluntario

Firma del Médico Responsable

Aclaración

Aclaración

M-N-134.082

DNI

Nº de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



Firma del Voluntario

Firma del Médico Responsable

Yessica Lorena Núñez Sanchez.

Aclaración

Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.002

Aclaración

94561894.

DNI

N° de Matrícula



Firma del testigo

Dalia Núñez

Aclaración

95270570.

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.


Firma del Voluntario

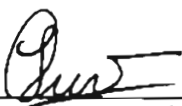
CRISTIAN SORIA
Aclaración

36.542.111
DNI


Firma del Médico Responsable

Gonzalo S. Matus
Aclaración Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

Nº de Matrícula


Firma del testigo

Irma Vargas
Aclaración

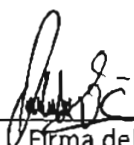
17758076
DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

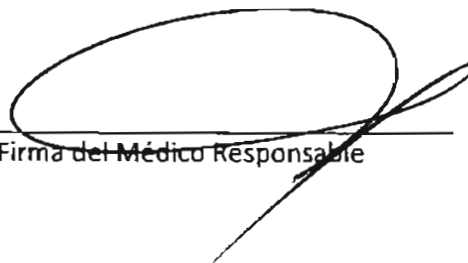
La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



Firma del Voluntario



Firma del Médico Responsable

Wilder Valdivia Carlos

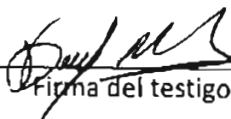
Aclaración

Aclaración Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

94901948

DNI

N° de Matrícula



Firma del testigo

Kely Hugo Hordagoín

Aclaración

95274922

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

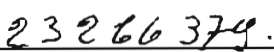
La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

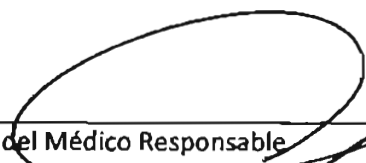
Constancia de consentimiento

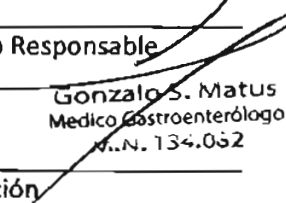
Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.


Firma del Voluntario


Aclaración


DNI


Firma del Médico Responsable
Gonzalo S. Matus
Medico Gastroenterólogo
N.º N. 134.052


Aclaración


Nº de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

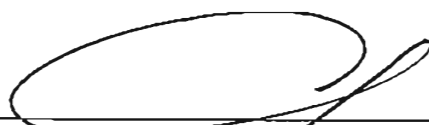
En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.


Firma del Voluntario



Firma del Médico Responsable

JOHNNY DULCE
Aclaración

Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082
Aclaración

94035465
DNI

Nº de Matrícula


Firma del testigo

MARTHA SORIA
Aclaración

94.070740
DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



Firma del Voluntario

Firma del Médico Responsable

MARTHA SORIA

Aclaración

Aclaración

Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

94.070-740

DNI

N° de Matrícula



Firma del testigo

JOHNNY QUESPE

Aclaración

94035465

DNI

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Firma del Voluntario

Firma del Médico Responsable

Aclaración

Gonzalo S. Matus
Medico Gastroenterólogo

Aclaración M.N. 134.082

DNI

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DN1

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Firma del Médico Responsable

Gonzalo S. Matus
Medico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

Nº de Matrícula

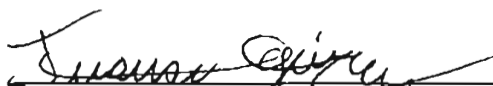
DNI


En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 Int. 255.


La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.


Firma del Voluntario


Firma del Médico Responsable


Aclaración

Aclaración
Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

5274463 (PERÚ)
DNI

Nº de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

**PYLORI, LOS PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS Y LA CONCENTRACIÓN DE ALGUNAS HORMONAS
NEUROENDOCRINAS GRELINA Y LEPTINA.**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sus médicos le han solicitado un examen endoscópico, procedimiento requerido de acuerdo a su cuadro clínico conforme con las buenas prácticas médicas, con la intención de evaluar la presencia de lesiones en la porción superior de su aparato digestivo (esófago, estómago y duodeno). Durante la realización de la misma se obtendrán cuatro muestras (biopsias) para realizar el análisis histopatológico y para diagnosticar la presencia de una posible infección con una bacteria denominada *Helicobacter pylori*, la que se encuentra asociada al desarrollo de distintas afecciones digestivas (gastritis crónica, úlcera gástrica y duodenal, etc.).

Nosotros estamos interesados en investigar si la existencia de dicha infección altera en el estómago la producción de algunas hormonas (ghrelina y leptina) que participan en la modulación del apetito y la saciedad.

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica.

Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado; siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

En caso de que Ud. aceptara participar de este estudio, no tendrá que concurrir a ninguna cita extra a la pactada para realizar el examen endoscópico.

El día en el que concurra para realizar dicho examen, le formularemos algunas preguntas sobre sus datos personales, nivel educativo, características de su vivienda, sus hábitos alimenticios, se lo pesará y medirá su altura. Se obtendrá también una muestra de sangre para establecer las concentraciones de las mencionadas hormonas. Aunque es poco frecuente, es necesario que Ud. sepa que la extracción de sangre por punción venosa del pliegue del codo podría llegar a producir la formación de un hematoma en el sitio de extracción, con la aparición ocasional de dolor.

El diagnóstico de la infección por *Helicobacter pylori* se realizará con el estudio de las biopsias obtenidas durante el examen endoscópico y con el Test del Aire Espirado utilizando urea marcada con ^{13}C , que es una molécula NO radiactiva.

Para la realización del Test del Aire Espirado se le administrará en ayunas un líquido para tomar, de sabor agradable, que contiene urea marcada con carbono 13 y deberá soplar dentro de unos tubos. Es un método simple y no invasivo. De estar presente el *Helicobacter pylori*, éste metaboliza la urea rápidamente y el carbono absorbido se eliminará en el aire espirado. Su posterior medición permitirá diagnosticarlo.

Su decisión de participar en este estudio es completamente voluntaria.

En caso de no aceptar participar de esta invitación no habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted.


No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio y no recibirá pago alguno por su participación. Además de la información obtenida mediante su examen endoscópico, Ud. podrá contar con los resultados del ^{13}C -Test del Aire Espirado.

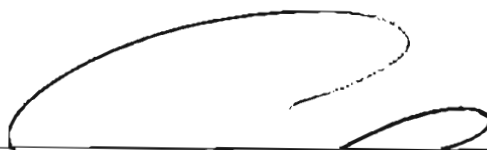
En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

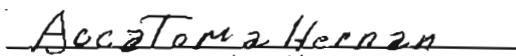
La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.


Firma del Voluntario



Firma del Médico Responsable


Aclaración

Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082
Aclaración

94046999
DNI

N° de Matrícula


Firma del testigo

Alicia Colque
Aclaración

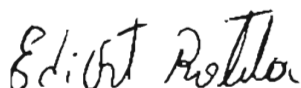
43354918
DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

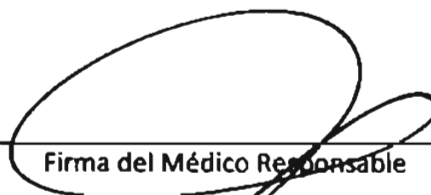
La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

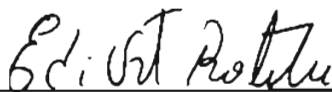
Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



Firma del Voluntario



Firma del Médico Responsable



Aclaración

Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo

Aclaración M.N. 134.000



DNI

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la Información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e Instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Claudio Ysla

Firma del Voluntario

[Firma]

Firma del Médico Responsable

CLAUDIA YSLA

Aclaración

Gonzalo S. Matus
Medico Gastroenterólogo
M.N. 134-087

Aclaración

ANR 2157233

DNI

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



Firma del Voluntario



Firma del Médico Responsable

Silbrims Bonges

Aclaración

Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

Aclaración

29461686

DNI

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

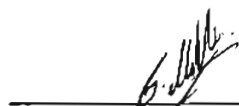
DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



Firma del Voluntario



Firma del Médico Responsable

ALLO GENERALLO

Aclaración

Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

Aclaración

94.192.612.

DNI

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

~~Firma del Médico Responsable~~

Gonzalo S. Matus
Medico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

Aclaración

N° de Matrícula

N° de Matrícula

Aclaración

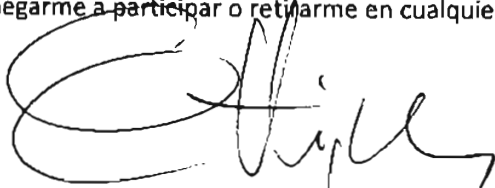
2/2

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La Información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

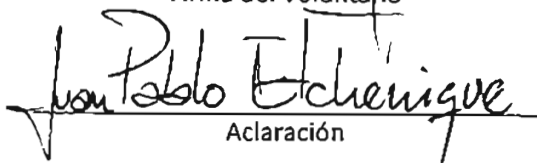
Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



Firma del Voluntario



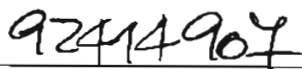
Firma del Médico Responsable



Aclaración

Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

Aclaración



DNI

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración



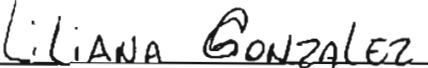

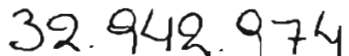

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

 Firma del Voluntario	 Firma del Médico Responsable
 Aclaración	 Aclaración
 DNI	 N° de Matrícula

Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

Firma del testigo

Aclaración

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

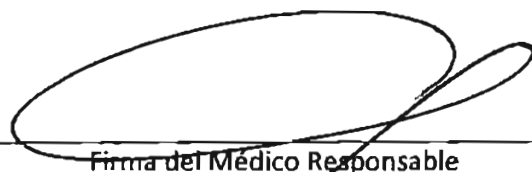
La Información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

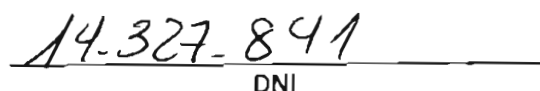

Firma del Voluntario

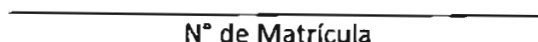

Aclaración


Firma del Médico Responsable


Aclaración

Gonzalo S. Matus
Medico Gastroenterólogo
M.N. 134.082


DNI


N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración


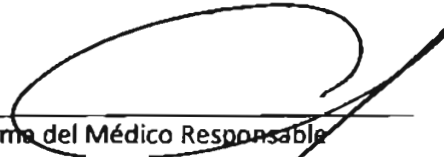
DNI

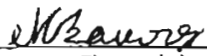
En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

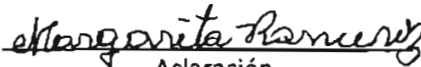
Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

 _____ Firma del Voluntario	 _____ Firma del Médico Responsable
<u>PATRICIA LORENA SANCHEZ .</u> _____ Aclaración	<u>Gonzalo S. Matus</u> Medico Gastroenterólogo M.N. 134.082 _____ Aclaración
<u>27.047.138 .</u> _____ DNI	_____ N° de Matrícula



Firma del testigo



Aclaración

10.679.229

DNI


En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.


Firma del Voluntario


Firma del Médico Responsable

Francisco Rosendo Castillo Medina
Aclaración

Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082
Aclaración

Pasaporte # 62 87 792
DNI

Nº de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

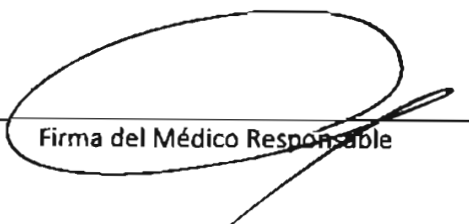
La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



Firma del Voluntario



Firma del Médico Responsable

LOPEZ

Aclaración

Aclaración

Gonzalo S. Matus
Medico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

DNI 24782149

DNI

N° de Matrícula


Firma del testigo

Aclaración

DNI

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.


Firma del Médico Responsable

Aclaración

Nº de Matrícula

DNI

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Firma del Médico Responsable

Aclaración **Gonzalo S. Matus**
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

Nº de Matrícula

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e Instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



Firma del Voluntario

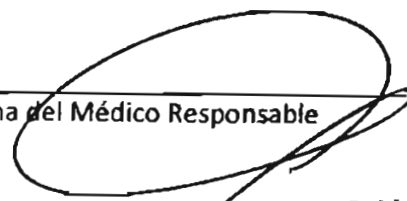
Luz Maria Oviedo Tolosa

Aclaración

84.176.841

DNI

Firma del Médico Responsable



Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

Aclaración

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

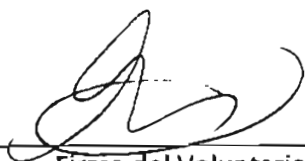
DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

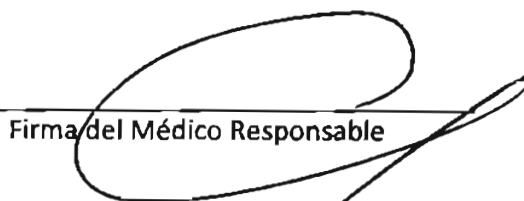
La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

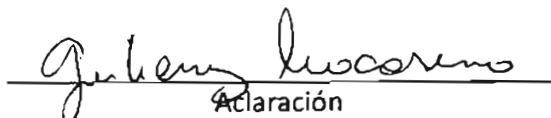
Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



Firma del Voluntario



Firma del Médico Responsable



Aclaración

Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

Aclaración

BY 629 171

DNI

N° de Matrícula



Firma del testigo

ANIRACAN ANGEL

Aclaración

13 362 638

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.


La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.


Firma del Voluntario


Firma del Médico Responsable


Aclaración

Gonzalo S. Matus
Medico Gastroenterólogo
M.N. 134.082
Aclaración

28985931
DNI

Nº de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



Firma del Voluntario



Firma del Médico Responsable

Manuel Mayhua Romero

Aclaración

Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

Aclaración

94057238

DNI

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

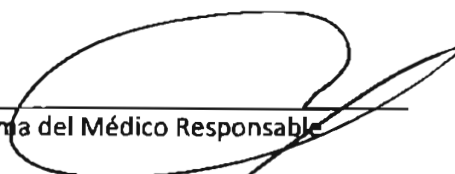
En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".


Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.


Firma del Voluntario


Firma del Médico Responsable


Aclaración


Aclaración
Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

92857246
DNI

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 Int. 255.

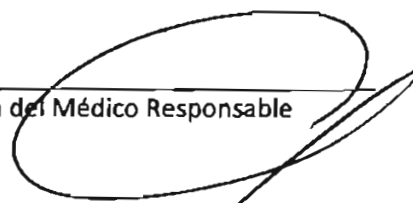
La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

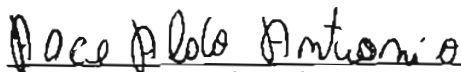
Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



Firma del Voluntario



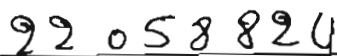
Firma del Médico Responsable



Aclaración

Aclaración

Gonzalo S. Matus
Medico Gastroenterólogo
M.N. 134.082



DNI

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



Firma del Voluntario

Firma del Médico Responsable

CARLOS RODRIGO ARQUIEPA APRZA
Aclaración

Aclaración

Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

95247722

DNI

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración


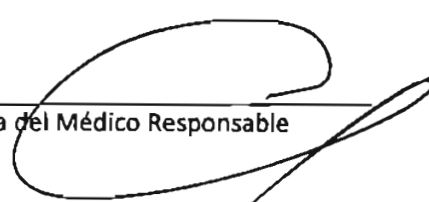
DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

 _____ Firma del Voluntario	 _____ Firma del Médico Responsable
<u>Andie Apaza Villar</u> Aclaración	<u>Gonzalo S. Matus</u> Aclaración. Médico Gastroenterólogo M.N. 134.087
<u>95125120</u> DNI	_____ N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



Firma del Voluntario

Efraim Apaza Quino

Aclaración

94777108

DNI

Firma del Médico Responsable

Aclaración

Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

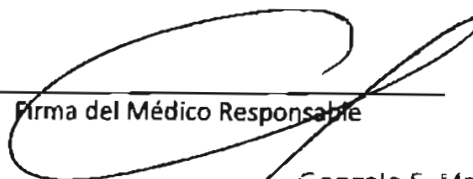
La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



Firma del Voluntario



Firma del Médico Responsable

Gonzalo Matus

Aclaración

Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

Aclaración

38.564.275

DNI

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

TÍTULO DEL PROYECTO: RELACIÓN ENTRE LA COLONIZACIÓN GÁSTRICA POR *HELICOBACTER PYLORI*, LOS PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS Y LA CONCENTRACIÓN DE LAS HORMONAS NEUROENDOCRINAS GRELINA Y LEPTINA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sus médicos le han solicitado un examen endoscópico, procedimiento requerido de acuerdo a su cuadro clínico conforme con las buenas prácticas médicas, con la intención de evaluar la presencia de lesiones en la porción superior de su aparato digestivo (esófago, estómago y duodeno). Durante la realización de la misma se obtendrán cuatro muestras (biopsias) para realizar el análisis histopatológico y para diagnosticar la presencia de una posible infección con una bacteria denominada *Helicobacter pylori*, la que se encuentra asociada al desarrollo de distintas afecciones digestivas (gastritis crónica, úlcera gástrica y duodenal, etc.).

Nosotros estamos interesados en investigar si la existencia de dicha infección altera en el estómago la producción de algunas hormonas (greлина y leptina) que participan en la modulación del apetito y la saciedad.

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica.

Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado; siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

En caso de que Ud. aceptara participar de este estudio, no tendrá que concurrir a ninguna cita extra a la pactada para realizar el examen endoscópico.

El día en el que concurra para realizar dicho examen, le formularemos algunas preguntas sobre sus datos personales, nivel educativo, características de su vivienda, sus hábitos alimenticios, se lo pesará y medirá su altura. Se obtendrá también una muestra de sangre para establecer las concentraciones de las mencionadas hormonas. Aunque es poco frecuente, es necesario que Ud. sepa que la extracción de sangre por punción venosa del pliegue del codo podría llegar a producir la formación de un hematoma en el sitio de extracción, con la aparición ocasional de dolor.

El diagnóstico de la infección por *Helicobacter pylori* se realizará con el estudio de las biopsias obtenidas durante el examen endoscópico y con el Test del Aire Espirado utilizando urea marcada con ¹³C, que es una molécula NO radiactiva.

Para la realización del Test del Aire Espirado se le administrará en ayunas un líquido para tomar, de sabor agradable, que contiene urea marcada con carbono 13 y deberá soplar dentro de unos tubos. Es un método simple y no invasivo. De estar presente el *Helicobacter pylori*, éste metaboliza la urea rápidamente y el carbono absorbido se eliminará en el aire espirado. Su posterior medición permitirá diagnosticarlo.

Su decisión de participar en este estudio es completamente voluntaria.

En caso de no aceptar participar de esta invitación no habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted.

No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio y no recibirá pago alguno por su participación. Además de la información obtenida mediante su examen endoscópico, Ud. podrá contar con los resultados del ¹³C-Test del Aire Espirado.

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 Int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

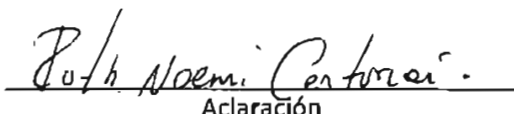
Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



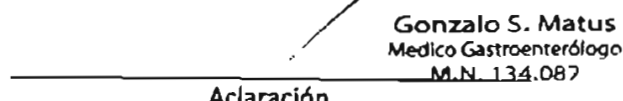
Firma del Voluntario



Firma del Médico Responsable

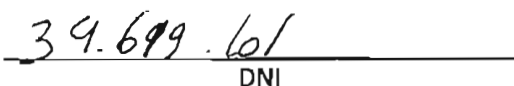


Aclaración

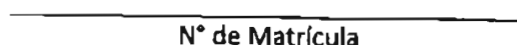


Aclaración

Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.087



DNI



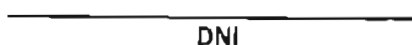
N° de Matrícula



Firma del testigo



Aclaración



DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



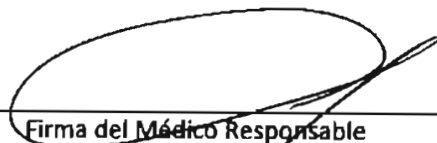
Firma del Voluntario

Pedro Valenzuela

Aclaración

92 588117

DNI



Firma del Médico Responsable

Gonzalo S. Matus
Medico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

Aclaración

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración


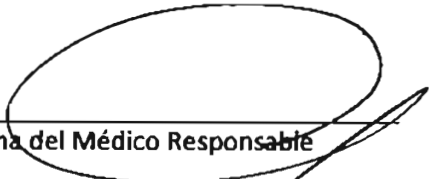

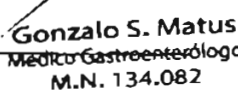
DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

 _____ Firma del Voluntario	 _____ Firma del Médico Responsable
 _____ Aclaración	 _____ Aclaración Gonzalo S. Matus Médico Gastroenterólogo M.N. 134.082
94.633.754 _____ DNI	_____ N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



Firma del Voluntario

Firma del Médico Responsable

Berenice Bonaluzc

Aclaración

Gonzalo S. Matus
Aclaración Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

29228951

DNI

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e Instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Girelda
Firma del Voluntario

Gonzalo S. Matus
Firma del Médico Responsable

Girelda Simonelli
Aclaración

Gonzalo S. Matus
Medico Gastroenterólogo
M.N. 134.082
Aclaración

94.402226
DNI

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

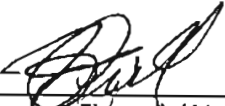
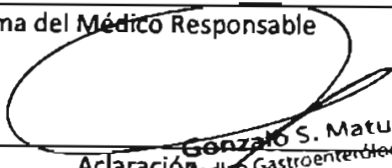

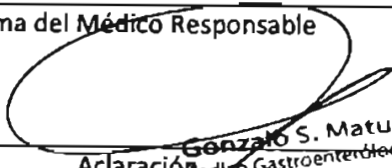
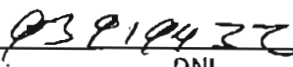
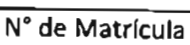
DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

 Firma del Voluntario	 Firma del Médico Responsable
 Aclaración	 Aclaración Gonzalo S. Matus Médico Gastroenterólogo M.N. 134.09
 DNI	 N° de Matrícula

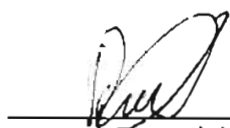
_____ Firma del testigo
_____ Aclaración
_____ DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar Información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

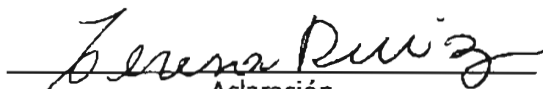


Firma del Voluntario



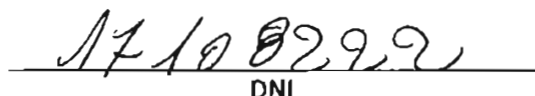
Firma del Médico Responsable

Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082



Aclaración

Aclaración



DNI

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.


La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



Firma del Voluntario



Firma del Médico Responsable

CARRIZO MARTA-B.

Aclaración

Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

Aclaración

DNI: 14845.168

DNI

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 Int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



Firma del Voluntario



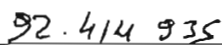
Firma del Médico Responsable



Aclaración

Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.087

Aclaración



DNI

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

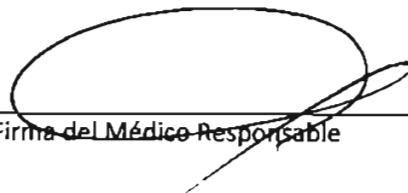
La Información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la Información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e Instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



Firma del Voluntario



Firma del Médico Responsable

23 Monica Chavez Factor

Aclaración

Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

Aclaración

48359852. DNI peruano.

DNI

Nº de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar Información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la Información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.


Firma del Voluntario


Firma del Médico Responsable

CRISTIAN JARA
Aclaración

Gonzalo S. Matus
Medico Gastroenterólogo
M.N. 134.082
Aclaración

33330838.
DNI

Nº de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al Investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 Int. 255.

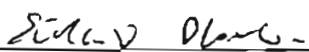
La Información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la Información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e Instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

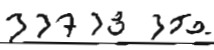
Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.


Firma del Voluntario


Firma del Médico Responsable


Aclaración


Aclaración
Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082


DNI

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al Investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

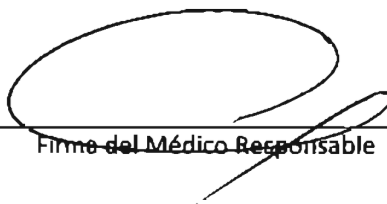
La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



Firma del Voluntario



Firma del Médico Responsable

Marcelo E. Guifan

Aclaración

Gonzalo S. Matus
Aclaración Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

17709731

DNI

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 Int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.


Firma del Voluntario

Juan Carlos Pineda Barachi
Aclaración

95 044 803
DNI


Firma del Médico Responsable

Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.022

Aclaración

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

TÍTULO DEL PROYECTO: RELACIÓN ENTRE LA COLONIZACIÓN GÁSTRICA POR *HELICOBACTER PYLORI*, LOS PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS Y LA CONCENTRACIÓN DE LAS HORMONAS NEUROENDOCRINAS GRELINA Y LEPTINA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sus médicos le han solicitado un examen endoscópico, procedimiento requerido de acuerdo a su cuadro clínico conforme con las buenas prácticas médicas, con la intención de evaluar la presencia de lesiones en la porción superior de su aparato digestivo (esófago, estómago y duodeno). Durante la realización de la misma se obtendrán cuatro muestras (biopsias) para realizar el análisis histopatológico y para diagnosticar la presencia de una posible infección con una bacteria denominada *Helicobacter pylori*, la que se encuentra asociada al desarrollo de distintas afecciones digestivas (gastritis crónica, úlcera gástrica y duodenal, etc.).

Nosotros estamos interesados en investigar si la existencia de dicha infección altera en el estómago la producción de algunas hormonas (grelina y leptina) que participan en la modulación del apetito y la saciedad.

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica.

Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado; siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

En caso de que Ud. aceptara participar de este estudio, no tendrá que concurrir a ninguna cita extra a la pactada para realizar el examen endoscópico.

El día en el que concurra para realizar dicho examen, le formularemos algunas preguntas sobre sus datos personales, nivel educativo, características de su vivienda, sus hábitos alimenticios, se lo pesará y medirá su altura. Se obtendrá también una muestra de sangre para establecer las concentraciones de las mencionadas hormonas. Aunque es poco frecuente, es necesario que Ud. sepa que la extracción de sangre por punción venosa del pliegue del codo podría llegar a producir la formación de un hematoma en el sitio de extracción, con la aparición ocasional de dolor.

El diagnóstico de la infección por *Helicobacter pylori* se realizará con el estudio de las biopsias obtenidas durante el examen endoscópico y con el Test del Aire Espirado utilizando urea marcada con ¹³C, que es una molécula NO radiactiva.

Para la realización del Test del Aire Espirado se le administrará en ayunas un líquido para tomar, de sabor agradable, que contiene urea marcada con carbono 13 y deberá soplar dentro de unos tubos. Es un método simple y no invasivo. De estar presente el *Helicobacter pylori*, éste metaboliza la urea rápidamente y el carbono absorbido se eliminará en el aire espirado. Su posterior medición permitirá diagnosticarlo.

Su decisión de participar en este estudio es completamente voluntaria.

En caso de no aceptar participar de esta invitación no habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted.

No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio y no recibirá pago alguno por su participación. Además de la información obtenida mediante su examen endoscópico, Ud. podrá contar con los resultados del ¹³C-Test del Aire Espirado.

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

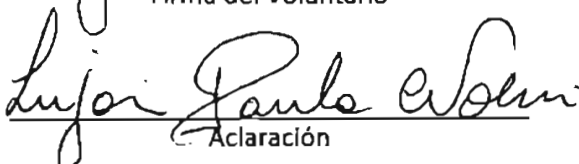
La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

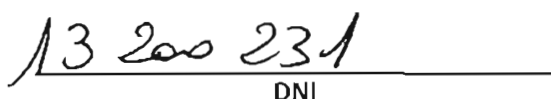
Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.


Firma del Voluntario


Firma del Médico Responsable


Aclaración


Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082
Aclaración


DNI


N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración



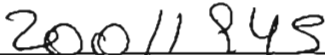

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La Información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e Instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la Información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.


Firma del Voluntario
Firma del Médico Responsable
Aclaración
Aclaración
Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082
DNI
N° de Matrícula
Firma del testigo
Aclaración
DNI


En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".


Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.


Firma del Voluntario


Firma del Médico Responsable


Aclaración

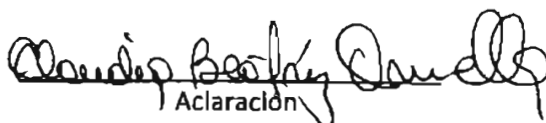

Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082
Aclaración

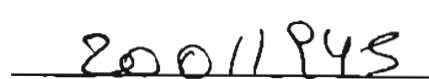

21.470.873

DNI


N° de Matrícula


Firma del testigo


Aclaración


20011945

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La Información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Firma del Voluntario

GABRIEL ELIA ALVAREZ

Aclaración

22488342

DNI

Firma del Médico Responsable

Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

Aclaración

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Firma del Médico Responsable

Gonzalo S. Matus
Medico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

Aclaración

Nº de Matrícula

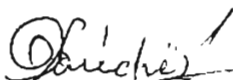
DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 Int. 255.


La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

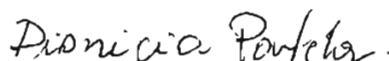
Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



Firma del Voluntario



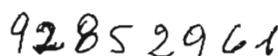
Firma del Medico Responsable



Aclaración

Gonzalo S. Matus
Medico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

Aclaración



DNI

Nº de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Verón Estela
Firma del Voluntario

[Firma]
Firma del Médico Responsable

VERÓN ESTELA
Aclaración

Gonzalo S. Matus
Medico Gastroenterólogo
M.N. 134 082
Aclaración

27.801.971
DNI

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

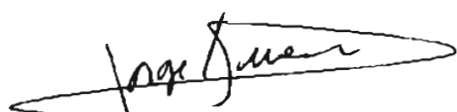
DNI

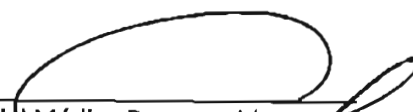
En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 Int. 255.

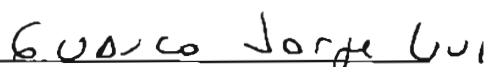
La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e Instituciones de salud".

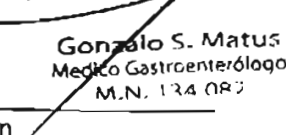
Constancia de consentimiento

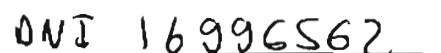
Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.


Firma del Voluntario


Firma del Médico Responsable


Aclaración


Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 124 082
Aclaración


DNI


N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración


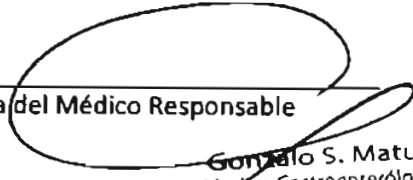
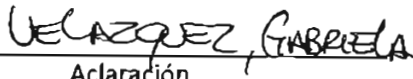
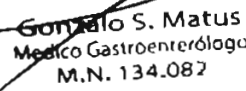
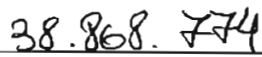
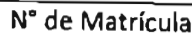
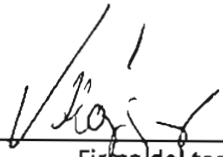
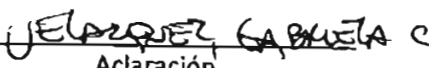
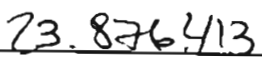
DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar Información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La Información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

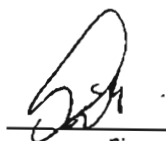
 Firma del Voluntario	 Firma del Médico Responsable
 Aclaración	 Gonzalo S. Matus Médico Gastroenterólogo M.N. 134.082 Aclaración
 DNI	 N° de Matrícula
 Firma del testigo	
 Aclaración	
 DNI	

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

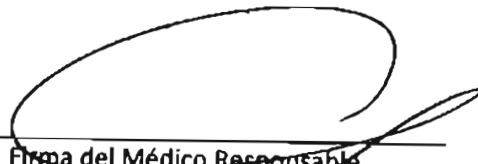
La Información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



Firma del Voluntario



Firma del Médico Responsable

AGOSTA MIRIANA

Aclaración

Gonzalo S. Matus
Medico Gastroenterólogo
M.N. 12402

Aclaración

23787193

DNI

N° de Matrícula



Firma del testigo

MARCELO OBLITAS

Aclaración

22032736

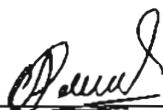
DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar Información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 Int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e Instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



Firma del Voluntario



Firma del Médico Responsable

Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

CORONEL ALBERTO E.

Aclaración

Aclaración

26.840.180

DNI

N° de Matrícula



Firma del testigo

VICTORIA TORREZ

Aclaración

27.518.600

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

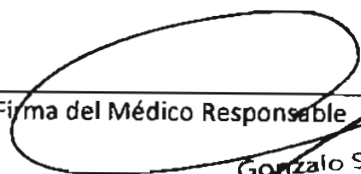
Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.


Firma del Voluntario

DANIEL AYALA SAAVEDRA

Aclaración


Firma del Médico Responsable

Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

Aclaración

26.824.965

DNI

N° de Matrícula


Firma del testigo

Melina Rodriguez
Aclaración

27.949.518

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al Investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 Int. 255.

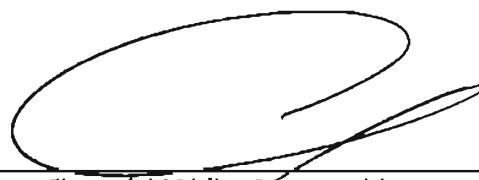
La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



Firma del Voluntario



Firma del Médico Responsable

PAULINO MACEDO QUEVEDO

Aclaración

Gonzalo S. MATUS
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

Aclaración

C BOL: 7268137

DNI

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

La Información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Firma del Médico Responsable

Gonzalo S. Matus
Medico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

Aclaración

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.


Firma del Voluntario


Firma del Médico Responsable

RODRIGO ZORZANO
Aclaración

Gonzalo S. Matus
Medico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

Aclaración

36.686.869
DNI

Nº de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La Información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Mario Serna

Firma del Voluntario

Gonzalo S. Matus

Firma del Médico Responsable

Maria Serna

Aclaración

Gonzalo S. Matus
Medico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

Aclaración

94303680

DNI

N° de Matrícula

Mario Serna

Firma del testigo

Mario Serna

Aclaración

93890430

DNI

La Información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Firma del Voluntario

Firma de Médico Responsable

Aclaración

Aclaración

DNI

Nº de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

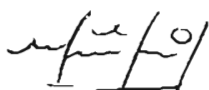
DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 Int. 255.

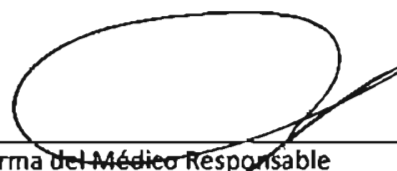
La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



Firma del Voluntario



Firma del Médico Responsable

MARIELA QUISEP P.

Aclaración

Gonzalo S. Matus
Medico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

Aclaración

94 600 621

DNI

N° de Matrícula



Firma del testigo

Victor Apaza Mamani

Aclaración

94 599 796


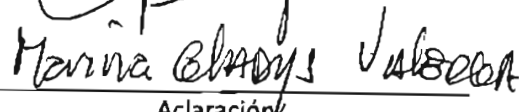
DNI

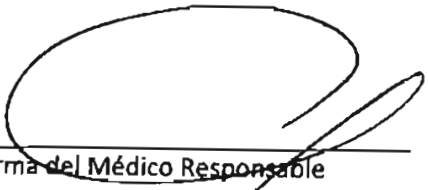
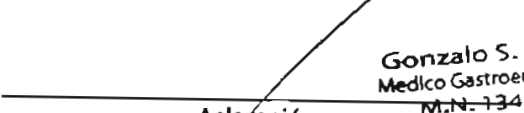
En el transcurso del estudio usted podrá solicitar Información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 Int. 255.

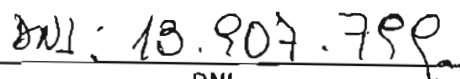
La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la Información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e Instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.


Firma del Voluntario

Aclaración


Firma del Médico Responsable

Aclaración
Gonzalo S. Matus
Medico Gastroenterólogo
M.N. 134.082


DNI

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

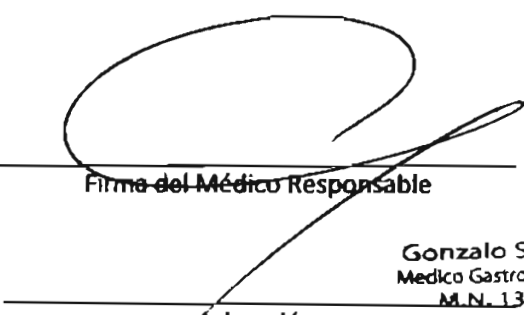
Constancia de consentimiento

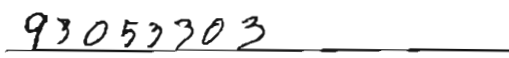
Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.


Firma del Voluntario



Firma del Médico Responsable


Aclaración


Aclaración
Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082


DNI


N° de Matrícula


Firma del testigo


Aclaración


DNI

TÍTULO DEL PROYECTO: RELACIÓN ENTRE LA COLONIZACIÓN GÁSTRICA POR *HELICOBACTER PYLORI*, LOS PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS Y LA CONCENTRACIÓN DE LAS HORMONAS NEUROENDOCRINAS GRELINA Y LEPTINA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sus médicos le han solicitado un examen endoscópico, procedimiento requerido de acuerdo a su cuadro clínico conforme con las buenas prácticas médicas, con la intención de evaluar la presencia de lesiones en la porción superior de su aparato digestivo (esófago, estómago y duodeno). Durante la realización de la misma se obtendrán cuatro muestras (biopsias) para realizar el análisis histopatológico y para diagnosticar la presencia de una posible infección con una bacteria denominada *Helicobacter pylori*, la que se encuentra asociada al desarrollo de distintas afecciones digestivas (gastritis crónica, úlcera gástrica y duodenal, etc.).

Nosotros estamos interesados en investigar si la existencia de dicha infección altera en el estómago la producción de algunas hormonas (grelina y leptina) que participan en la modulación del apetito y la saciedad.

A usted se le está invitando a participar en este estudio de Investigación médica.

Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado; siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

En caso de que Ud. aceptara participar de este estudio, no tendrá que concurrir a ninguna cita extra a la pactada para realizar el examen endoscópico.

El día en el que concurra para realizar dicho examen, le formularemos algunas preguntas sobre sus datos personales, nivel educativo, características de su vivienda, sus hábitos alimenticios, se lo pesará y medirá su altura. Se obtendrá también una muestra de sangre para establecer las concentraciones de las mencionadas hormonas. Aunque es poco frecuente, es necesario que Ud. sepa que la extracción de sangre por punción venosa del pliegue del codo podría llegar a producir la formación de un hematoma en el sitio de extracción, con la aparición ocasional de dolor.

El diagnóstico de la infección por *Helicobacter pylori* se realizará con el estudio de las biopsias obtenidas durante el examen endoscópico y con el Test del Aire Espirado utilizando urea marcada con ^{13}C , que es una molécula NO radiactiva.

Para la realización del Test del Aire Espirado se le administrará en ayunas un líquido para tomar, de sabor agradable, que contiene urea marcada con carbono 13 y deberá soplar dentro de unos tubos. Es un método simple y no invasivo. De estar presente el *Helicobacter pylori*, éste metaboliza la urea rápidamente y el carbono absorbido se eliminará en el aire espirado. Su posterior medición permitirá diagnosticarlo.

Su decisión de participar en este estudio es completamente voluntaria.

En caso de no aceptar participar de esta invitación no habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted.

No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio y no recibirá pago alguno por su participación. Además de la información obtenida mediante su examen endoscópico, Ud. podrá contar con los resultados del ^{13}C -Test del Aire Espirado.

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al Investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e Instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al ple, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

R. M. M.

Firma del Voluntario

Gonzalo S. Matus
Firma del Médico Responsable

Rodolfo Corti
Aclaración

Gonzalo S. Matus
Medico Gastroenterólogo
M.N. 134.08

Aclaración

94685 732

DNI

Nº de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Maria Digna Afreino
Firma del Voluntario

[Firma]
Firma del Médico Responsable

M.D.A
Aclaración

Gonzalo S. Matus
Medico Gastroenterólogo
M.N. 1234 038
Aclaración

2687456
DNI

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

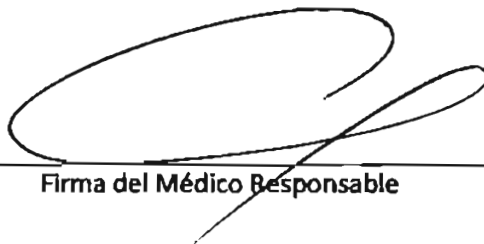
La Información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la Información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



Firma del Voluntario



Firma del Médico Responsable

FLORENCIO SALDIV
Aclaración

Gonzalo S. Matus
Aclaración Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

94842254
DNI

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al Investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La Información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la Información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la Información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.


Firma del Voluntario


Firma del Médico Responsable

Carlina Albieta Fletes
Aclaración

Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082
Aclaración

94927228
DNI

Nº de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar Información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento


Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.


Firma del Voluntario


Firma del Médico Responsable


Aclaración


Aclaración
Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.002


DNI

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



Firma del Voluntario



Firma del Médico Responsable

ADOLFO CARI-SANCHEZ

Aclaración

Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

Aclaración

92058462

DNI

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La Información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



Firma del Voluntario



Firma del Médico Responsable

SARA ANGELA PEZZOT.

Aclaración

Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134 036

Aclaración

DNI 6653746.

DNI

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.


DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar Información actualizada sobre el mismo al Investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 Int. 255.

La Información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la Información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



Firma del Voluntario



Firma del Médico Responsable

CHOCUE PAMANI RUPERTO

Aclaración

Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

Aclaración

34845766

DNI

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar Información actualizada sobre el mismo al Investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 Int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

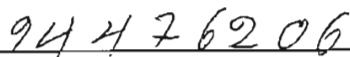


Firma del Voluntario

Firma del Médico Responsable


Aclaración

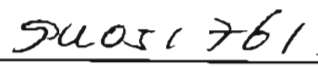

Gonzalo S. Matus
Medico Gastroenterólogo
M.N. 134.082
Aclaración


DNI

Nº de Matrícula


Firma del testigo


Aclaración


DNI

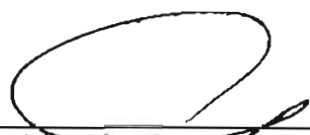
En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al Investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la Información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

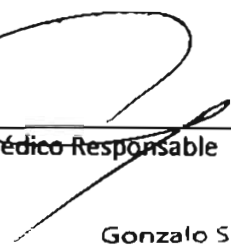
Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.


Firma del Voluntario


Firma del Médico Responsable


Aclaración


Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
Aclaración M.N. 134.082

21.939.150
DNI

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.


Firma del Voluntario


Firma del Médico Responsable

TEODORA VALDIVIAZO
Aclaración

Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082
Aclaración

10492370
DNI

Nº de Matrícula


Firma del testigo

Taricuna Elizabeth Margarita
Aclaración


40.628.527
DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al Investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 Int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.


Firma del Voluntario


Firma del Médico Responsable


Aclaración

Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082
Aclaración

31.262.143
DNI

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al Investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



Firma del Voluntario



Firma del Médico Responsable

Irma Alvarez Cerna
Aclaración

Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

Aclaración

93 96 76 59
DNI

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

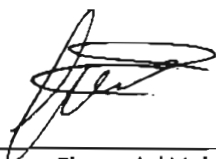
DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al Investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La Información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



Firma del Voluntario



Firma del Médico Responsable

Bogardo Maria

Aclaración

Gonzalo S. Matus
Medico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

Aclaración

94 582212.

DNI

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al Investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La Información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la Información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

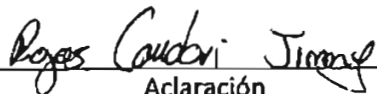
Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



Firma del Voluntario



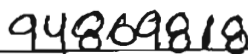
Firma del Médico Responsable



Aclaración

Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

Aclaración



DNI

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al Investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e Instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Mario Gonzalo Campos

Firma del Voluntario

Gonzalo S. Matus

Firma del Médico Responsable

MARIO GONZALO CAMPOS

Aclaración

Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

Aclaración

82 463 854

DNI

Nº de Matrícula

Maidana Miguel A

Firma del testigo

MAIDANA MIGUEL A

Aclaración

14511619

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

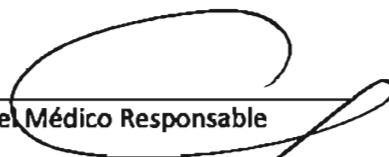
La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



Firma del Voluntario



Firma del Médico Responsable

JESÚS MOLINA

Aclaración

Aclaración

Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

35.346.638,

DNI

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Roberta Franco Sara

Firma del Voluntario

Gonzalo S. Matus

Firma del Médico Responsable

Roberta Franco Sara

Aclaración

Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

Aclaración

92942714

DNI

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

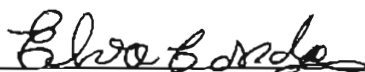
DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

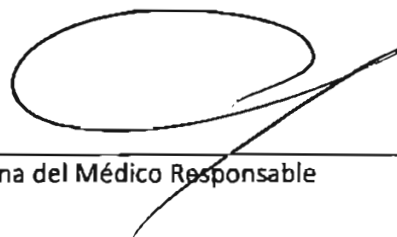
La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

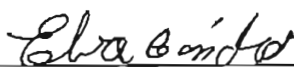
Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



Firma del Voluntario



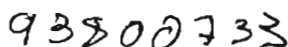
Firma del Médico Responsable



Aclaración

Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

Aclaración



DNI

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

TÍTULO DEL PROYECTO: RELACIÓN ENTRE LA COLONIZACIÓN GÁSTRICA POR *HELICOBACTER PYLORI*, LOS PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS Y LA CONCENTRACIÓN DE LAS HORMONAS NEUROENDOCRINAS GRELINA Y LEPTINA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sus médicos le han solicitado un examen endoscópico, procedimiento requerido de acuerdo a su cuadro clínico conforme con las buenas prácticas médicas, con la intención de evaluar la presencia de lesiones en la porción superior de su aparato digestivo (esófago, estómago y duodeno). Durante la realización de la misma se obtendrán cuatro muestras (biopsias) para realizar el análisis histopatológico y para diagnosticar la presencia de una posible infección con una bacteria denominada *Helicobacter pylori*, la que se encuentra asociada al desarrollo de distintas afecciones digestivas (gastritis crónica, úlcera gástrica y duodenal, etc.).

Nosotros estamos interesados en investigar si la existencia de dicha infección altera en el estómago la producción de algunas hormonas (greлина y leptina) que participan en la modulación del apetito y la saciedad.

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica.

Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado; siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

En caso de que Ud. aceptara participar de este estudio, no tendrá que concurrir a ninguna cita extra a la pactada para realizar el examen endoscópico.

El día en el que concurra para realizar dicho examen, le formularemos algunas preguntas sobre sus datos personales, nivel educativo, características de su vivienda, sus hábitos alimenticios, se lo pesará y medirá su altura. Se obtendrá también una muestra de sangre para establecer las concentraciones de las mencionadas hormonas. Aunque es poco frecuente, es necesario que Ud. sepa que la extracción de sangre por punción venosa del pliegue del codo podría llegar a producir la formación de un hematoma en el sitio de extracción, con la aparición ocasional de dolor.

El diagnóstico de la infección por *Helicobacter pylori* se realizará con el estudio de las biopsias obtenidas durante el examen endoscópico y con el Test del Aire Espirado utilizando urea marcada con ¹³C, que es una molécula NO radiactiva.

Para la realización del Test del Aire Espirado se le administrará en ayunas un líquido para tomar, de sabor agradable, que contiene urea marcada con carbono 13 y deberá soplar dentro de unos tubos. Es un método simple y no invasivo. De estar presente el *Helicobacter pylori*, éste metaboliza la urea rápidamente y el carbono absorbido se eliminará en el aire espirado. Su posterior medición permitirá diagnosticarlo.

Su decisión de participar en este estudio es completamente voluntaria.

En caso de no aceptar participar de esta invitación no habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted.

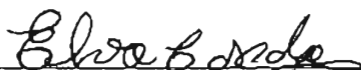
No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio y no recibirá pago alguno por su participación. Además de la información obtenida mediante su examen endoscópico, Ud. podrá contar con los resultados del ¹³C-Test del Aire Espirado.

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

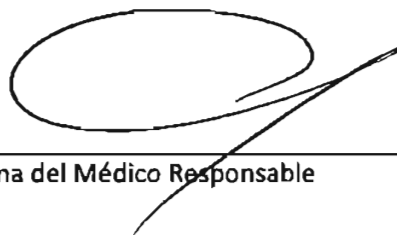
La Información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento


Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



Firma del Voluntario



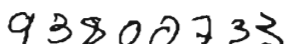
Firma del Médico Responsable



Aclaración

Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

Aclaración



DNI

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI


En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.


Firma del Voluntario


Firma del Médico Responsable

ARE SARA T.
Aclaración

Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082
Aclaración

11251862
DNI

Nº de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

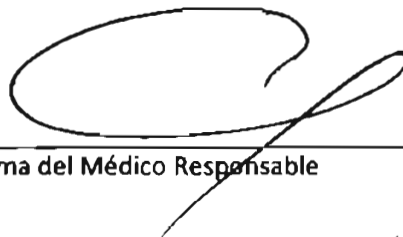
La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



Firma del Voluntario



Firma del Médico Responsable

MORATO, MARIANA

Aclaración

Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

Aclaración

35.272.200

DNI

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

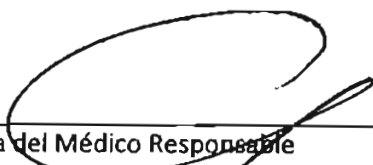
En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.


La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la Información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".


Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.


Firma del Voluntario


Firma del Médico Responsable


Aclaración


Aclaración
Gonzalo S. Matus
Medico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

16874304
DNI

Nº de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

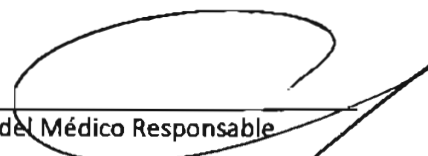
La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la Información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



Firma del Voluntario



Firma del Médico Responsable

Maribel Huanca
Aclaración

Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082
Aclaración

94948283
DNI

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

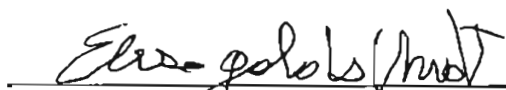
La Información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

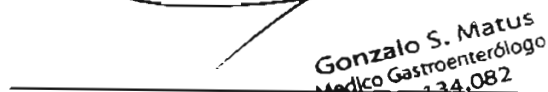
Constancia de consentimiento

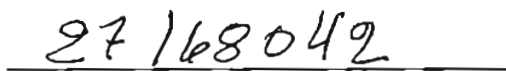
Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.


Firma del Voluntario


Firma del Médico Responsable


Aclaración


Aclaración
Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 434.082


DNI


N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Firma del Voluntario

Firma del Médico Responsable

Aclaración

Atlaración

DNI

N° de Matricula

Aclaración

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

Raquel

Firma del Voluntario

[Firma]

Firma del Médico Responsable

Judy Raquel Rodriguez

Aclaración

Gonzalo S. Matus
Medico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

Aclaración

94778441

DNI

Nº de Matrícula

[Firma]

Firma del testigo

Rodriguez Olga

Aclaración

94.654.860

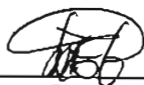
DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la Información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



Firma del Voluntario



Firma del Médico Responsable

Maria Teresa Polo Bolon
Aclaración

Gonzalo S. Matus
Medico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

Aclaración

94757720

DNI

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

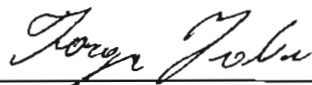
La Información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la Información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

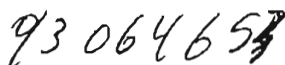
Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



Firma del Voluntario



Aclaración



DNI



Firma del Médico Responsable

Gonzalo S. Matus
Medico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

Aclaración

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración


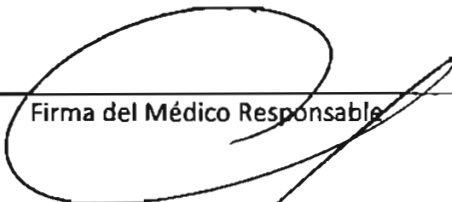
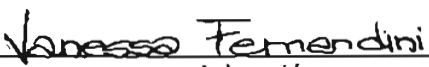
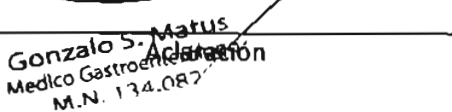
DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

 Firma del Voluntario	 Firma del Médico Responsable
 Aclaración	 Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterología M.N. 134.082
93.922.148. DNI	N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al Investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

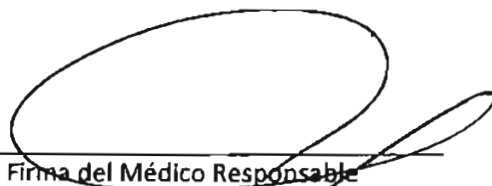
La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



Firma del Voluntario



Firma del Médico Responsable

José Antonio Bestresana Ocampo

Aclaración

Gonzalo S. Matus
Medico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

Aclaración

18830648

DNI

N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración

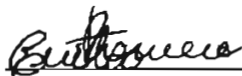
DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar Información actualizada sobre el mismo al Investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

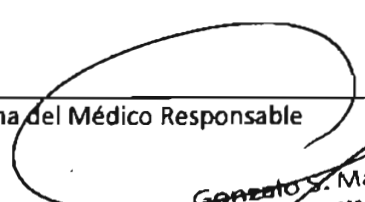
La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



Firma del Voluntario


Firma del Médico Responsable

CINTIA A. ROMERO.

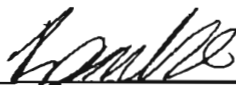
Aclaración

Gonzalo S. Matus
Medico Gastroenterólogo
M.N. 134.082
Aclaración

32.526.386.

DNI

Nº de Matrícula



Firma del testigo

Gonzalo S. Matus
Aclaración

37234905

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

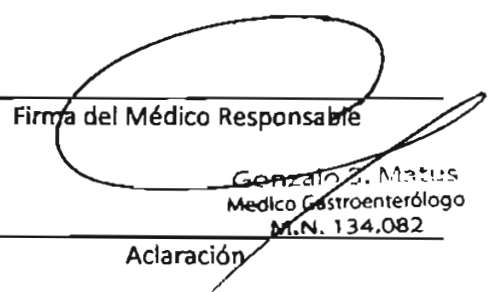
La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.



Firma del Voluntario



Firma del Médico Responsable

Churqui Eyren

Aclaración

Gonzalo B. Matus
Medico Gastroenterólogo
M.N. 134.082

Aclaración

93778911

DNI

N° de Matrícula



Firma del testigo

Churqui Mena Karen

Aclaración

93.978256

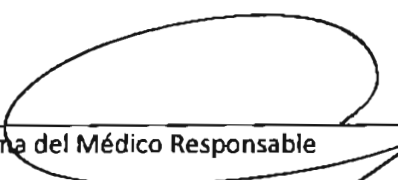
DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

<u>ANNA</u>	
Firma del Voluntario	Firma del Médico Responsable
	Gonzalo S. Matus Medico Gastroenterólogo M.N. 134.082
_____	_____
Aclaración	Aclaración
<u>Alicia Noemi Miranda Villalba</u>	_____
DNI	N° de Matrícula
931521794	

Firma del testigo

Aclaración


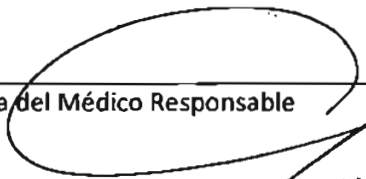
DNI

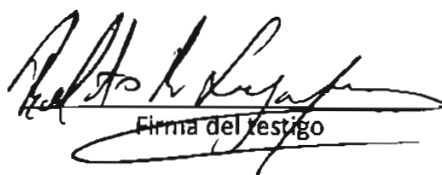
En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al Investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 Int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

 Firma del Voluntario	 Firma del Médico Responsable
<u>Sandy V. Flores</u> Aclaración	<u>Gonzalo S. Matus</u> Aclaración <small>Medico Gastroenterólogo M.N. 134.082</small>
<u>18.226.705</u> DNI	 N° de Matrícula

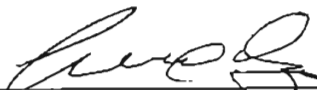

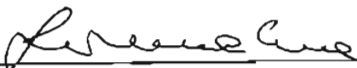
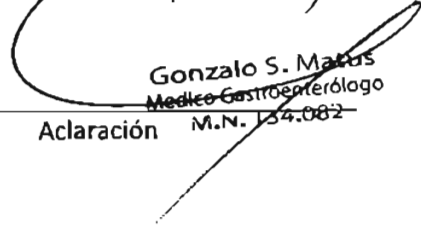
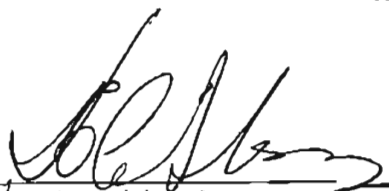
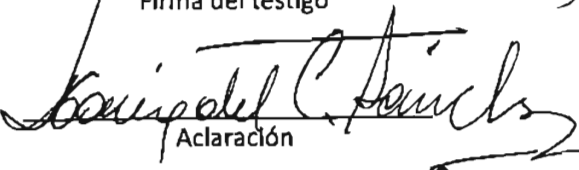
 Firma del Testigo
<u>ROBERTO R. LEGASPIA</u> Aclaración
<u>16557652.</u> DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

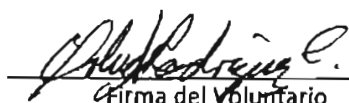
 Firma del Voluntario	 Firma del Médico Responsable
 Aclaración	 Gonzalo S. Matus Médico Gastroenterólogo M.N. 134.082 Aclaración
28.717.753 DNI	Nº de Matrícula
 Firma del testigo	
 Aclaración	
10.43 P. o PL DNI	

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

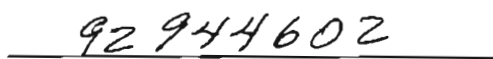
La información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

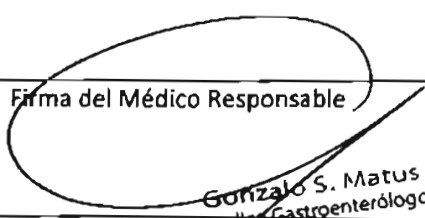
Constancia de consentimiento

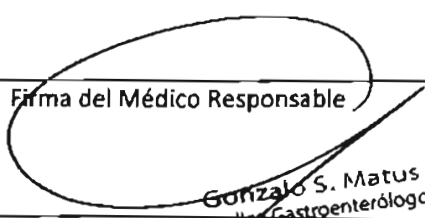
Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

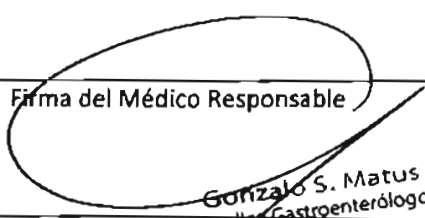

Firma del Voluntario


Aclaración


DNI


Firma del Médico Responsable


Gonzalo S. Matus
Médico Gastroenterólogo
M.N. 134.082
Aclaración


N° de Matrícula

Firma del testigo

Aclaración


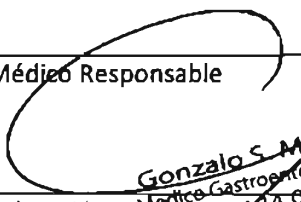
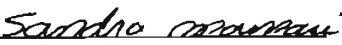
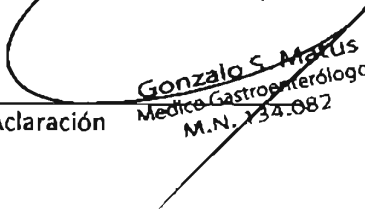

DNI

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar Información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. En caso que le surjan dudas, Ud. podrá comunicarse con el Dr. Rodolfo Corti ó el Dr. Gonzalo Matus al teléfono 4306-4641 int. 255.

La Información de cada paciente obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y guardada bajo llave en un armario localizado dentro de la Sección Esófago, Estómago del Hospital Udaondo, a cargo del Investigador Responsable. El manejo de la confidencialidad de la información se realizará de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 "Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud".

Constancia de consentimiento

Estoy conforme con la información que se me ha dado y con mi firma al pie, ofrezco la autorización voluntaria para que los mencionados exámenes me sean practicados, reservándome el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin que sea necesario justificar mi decisión.

 Firma del Voluntario	 Firma del Médico Responsable
 Aclaración	 Aclaración Gonzalo S. Matus Médico Gastroenterólogo M.N. 134.082
 DNI	 N° de Matrícula

 Firma del testigo
 Aclaración
 DNI