

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Proyecto titulado: **Enfermedad celíaca (ec) en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal Crónica (EIIC)**"

Investigador principal: Dra. M. Boscá Watts

Servicio: Gastroenterología

Yo, _____ he sido informado por la Dra. Boscá, colaborador del proyecto de investigación arriba mencionado, y declaro que:

- He leído la Hoja de Información que se me ha entregado
- He podido hacer preguntas sobre el estudio
- He recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas
- He recibido suficiente información sobre el estudio

Comprendo que mi participación es voluntaria

Comprendo que todos mis datos serán tratados confidencialmente

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones
- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

SE RECUERDA QUE EL APARTADO SIGUIENTE ÚNICAMENTE SE DEBE MANTENER CUANDO PROCEDA.

Autorizo a que las muestras obtenidas durante el proyecto de investigación sean utilizadas con fines científicos en otros proyectos de investigación que tengan por objeto el estudio de mi enfermedad y que hayan sido aprobados por el Comité de Ética de Investigación Clínica del Hospital Clínico Universitario de Valencia

☐ Sí ☐ No

Quiero que se me pida autorización previa para utilizar mis muestras biológicas para futuros proyectos de investigación

☐ Sí ☐ No

Con esto doy mi conformidad para participar en este estudio,

Firma del paciente:

Fecha:

Firma del Investigador:

Fecha

