



**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL/A
PACIENTE PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO “ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DEL
CLINICAL IMPAIRMENT ASESMENT (CIA) PARA PERSONAS CON UN TRASTORNO
DE LA ALIMENTACIÓN Y SU RELACIÓN CON OTRAS HERRAMIENTAS
CLÍNICAS DE MEDIDA”**

Se le pide su participación en un proyecto en el que se pretende adaptar y validar dos cuestionarios. Ud recibirá en su domicilio por correo unos cuestionarios que ha de completar individualmente. Su participación es voluntaria. Todos los datos son confidenciales y si los resultados del estudio se publican en la literatura médica, no se revelará su identidad.

Gracias por su colaboración.

Yo,

(nombre y apellidos del/a paciente)

Declaro que:

- he sido informado/a sobre el estudio;
- he podido hacer preguntas sobre el estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- cuando quiera
- sin que esto afecte a los cuidados médicos que el/la paciente recibe.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Firma del/a paciente:

Si es un/a paciente menor de edad,
firma del padre, madre o tutor/a:

Lugar y fecha:.....

Lugar y fecha:.....