

CONFIRMACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO ORAL POR EMERGENCIA COVID-19

TITULO DEL ESTUDIO:

INVESTIGADOR PRINCIPAL (IP):

INVESTIGADOR COLABORADOR:

TLFNO: DEL HOSPITAL CLINIC DE BARCELONA

NOMBRE DEL PARTICIPANTE:

DNI DEL PARTICIPANTE:

NOMBRE DEL TESTIGO IMPARCIAL:

DNI DEL TESTIGO IMPARCIAL:

CARGO DEL TESTIGO IMPARCIAL, SI ES PROFESIONAL DEL CENTRO:

Hago constar, como IP o Investigador Colaborador del estudio referenciado, que se le ha explicado al participante del mismo, cuyo nombre aparece escrito más arriba, ante el testigo imparcial indicado, las características y el objetivo del estudio, sus riesgos y beneficios potenciales, los derechos y garantías del participante, las condiciones en las que se llevará a cabo el estudio, así como las posibles alternativas, de manera clara, sucinta, pertinente y comprensible.

He respondido a todas las dudas planteadas y afirmo que el participante ha otorgado su consentimiento oral ante el testigo indicado, declarando expresamente haber recibido la suficiente información y haber comprendido su participación en el estudio, prestando entonces libremente su conformidad de participación.

Este consentimiento ha sido otorgado por el participante verbalmente debido a la situación de emergencia sanitaria derivada del COVID-19, por lo que quedará registrado debidamente en su historia clínica y, tan pronto como las circunstancias lo permitan, se recabará la ratificación del consentimiento informado del participante por escrito.

NOMBRE Y FIRMA DEL INVESTIGADOR

FIRMA DEL TESTIGO IMPARCIAL

FECHA

FECHA