



COSTOS

La adhesión a este protocolo de estudio no le conlleva a Usted ni a su cobertura médica ningún recargo económico.

CONFIDENCIALIDAD

Su identidad se mantendrá bajo el más estricto secreto médico. No se lo identificará en ninguna de las publicaciones acerca de este estudio. Sin embargo, es posible que personal del estudio, miembros del comité de ética o comisiones de revisión institucional locales y nacionales revisen su historia clínica.

PROBLEMAS O PREGUNTAS

Si en cualquier momento tiene preguntas acerca del registro, contacte al doctor: al teléfono.....

Si tiene preguntas acerca de los derechos de personas que participan de estudio de investigación, puede llamar al Comité de Ética de Protocolos de Investigación de la Sociedad Argentina de Cardiología, teléfono 4961 6027.

Si ha leído y se le ha explicado el documento de consentimiento informado, y si comprende la información y acepta voluntariamente ingresar al registro, tenga a bien colocar su firma a continuación:

Nombre del Voluntario: _____ Firma del Voluntario: _____
_____ Fecha: _____ (letra de imprenta)

Nombre del Testigo: _____ Firma del Testigo: _____
_____ Fecha: _____ (letra de imprenta)

Nombre del Investigador: _____ Firma del Investigador: _____
_____ Fecha: _____ (letra de imprenta)