

## Mayores de 12 años

Título del estudio: REVAB pediátrico: REGISTRO ESPAÑOL DE VÁLVULA AÓRTICA BICÚSPIDE EN PEDIATRÍA

Yo , \_\_\_\_\_  
(nombre y apellidos del participante )

En presencia de mis padres o representantes legales,

\_\_\_\_\_  
(nombre y apellidos del padre, madre o representante legal)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.  
He podido hacer preguntas sobre el estudio.  
He hablado con: \_\_\_\_\_ (nombre del investigador).

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera
2. Sin tener que dar explicaciones
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Fecha y firma  
del participante

Fecha y firma  
del representante legal

Fecha y firma  
del investigador

## Menores de 12 años

Título del estudio: REVAB pediátrico: REGISTRO ESPAÑOL DE VÁLVULA AÓRTICA BICÚSPIDE EN PEDIATRÍA

Yo \_\_\_\_\_  
(nombre y apellidos del padre, madre o representante legal)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.  
He podido hacer preguntas sobre el estudio.  
He hablado con: \_\_\_\_\_ (nombre del investigador).

Comprendo que la participación es voluntaria.

Comprendo que se puede retirar del estudio:

1. Cuando quiera
2. Sin tener que dar explicaciones
3. Sin que esto repercuta en sus cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para que \_\_\_\_\_,  
(nombre y apellidos del participante)

de quien soy representante legal, participe en el estudio.

Fecha y firma  
del representante legal

Fecha y firma  
del investigador