**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TITULADO: REGISTRO MULTICÉNTRICO ESPAÑOL DE SÍNDROME DE QT LARGO EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA**

Yo, ………..……………………………………………………….………… (nombre y apellidos)

en calidad de ………….……………………………………… (relación con el participante)

de ……….…………………………………………………………… (nombre del participante)

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.

- He podido hacer preguntas sobre el estudio.

- He recibido suficiente información sobre el estudio.

- He hablado con:............................................................................................(nombre del investigador)

Comprendo que la participación de mi hijo/a o menor tutelado es voluntaria. Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera

2. Sin tener que dar explicaciones.

3. Sin que esto repercuta en mi atención clínica.

Se me ha informado de que podré ejercer mis derechos de:

1. Supresión
2. Oposición
3. Portabilidad
4. Limitación
5. Acceso
6. Rectificación de la información

Presto libremente mi conformidad para la participación de mi hijo/a o menor tutelado en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de los datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

**Firma del padre/madre o tutor legal:       Firma del investigador:**

**Nombre:       Nombre:**

**Fecha:       Fecha:**

En el supuesto de que autorizase sólo uno de los progenitores, el progenitor que autoriza habrá de marcar una de las dos siguientes posibilidades:

* Confirmo con la presente que el otro progenitor no se opone a la participación de nuestro hijo/a en el estudio.
* El firmante es el único tutor legal

**FORMULARIO DE REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TITULADO: REGISTRO MULTICÉNTRICO ESPAÑOL DE SÍNDROME DE QT LARGO EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA**

Yo, ………..……………………………………………………….………… (nombre y apellidos)

en calidad de ………….……………………………………… (relación con el participante)

de ……….…………………………………………………………… (nombre del participante)

Quiero retirar a mi hijo/a o menor tutelado del estudio y revoco mi conformidad para la utilización de los datos de mi hijo/a o menor tutelado en el estudio en las condiciones detalladas en la hoja de información.

**Firma del padre/madre o tutor legal:       Firma del investigador:**

**Nombre:       Nombre:**

**Fecha:       Fecha:**