

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Título del PROYECTO: Nombre del Estudio: Postoperative Outcomes Within an Enhanced Recovery After Surgery Protocol (POWER .2) National Audit of complications following elective total hip or knee replacement within or without an enhanced recovery after surgery protocol**

**Auditoria Nacional de complicaciones después de la cirugía de reemplazo total de cadera o rodilla electiva por dentro o no de un protocolo de recuperación mejorada después de la cirugía**

Yo, ..... (nombre y apellidos del participante)

He leído el documento de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre el mismo.

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

Deseo ser informado sobre los resultados del estudio:            sí    no (marque lo que proceda)

Doy mi conformidad para que mis datos clínicos sean revisados por personal ajeno al centro, para los fines del estudio, y soy consciente de que este consentimiento es revocable.

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

Firma del participante:

Fecha:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al paciente mencionado

Firma del Investigador:

Fecha:

\_\_\_\_\_



