



CONSENTIMIENTO INFORMADO

D./Dña....., de.....años de edad y con DNI nº....., en nombre propio o como responsable de la medicación de D./Dña....., de.....años de edad y con DNI nº....., manifiesta que ha sido informado/a por el farmacéutico sobre los beneficios que podría suponer la participación en el Proyecto de Investigación titulado:

MES DE MEDICIÓN DE MAYO DE 2019 (MMM19)

He sido informado/a de los posibles perjuicios en participar en este estudio. Y decido firmar este consentimiento de manera voluntaria.

He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido a y con las garantías de la Ley 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO:

A participar en este estudio	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
A publicar mis datos clínicos resultantes de la investigación en prensa científica de forma anónima y agregada (mi nombre no aparecerá en ninguna publicación)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

....., a.....de.....de 201.....

Firma del paciente

Firma del farmacéutico