

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO PSEMEN

Yo con DNI confirmo que el Dr. me ha informado de que los datos que serán analizados en el estudio corresponden a mis datos clínicos y el resultado de mi seminograma. He entendido que no comporta ningún riesgo adicional a mi persona que los derivados del manejo habitual de los pacientes en estudio por la Unidad de Reproducción Humana. Entiendo además que mis datos serán tratados con confidencialidad, y por ello acepto participar en este estudio.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

En a día de de 20 ..

Fdo. El paciente:

Fdo. El Dr.:

Nombre y apellidos:

Nombre y apellidos:

El paciente recibirá una copia firmada y fechada del consentimiento informado.