

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estudio longitudinal para determinar los factores de riesgo que se asocian con la obesidad infantil (CORALS Study)

He leído el documento de información y tengo clara la información suministrada. Si tengo más preguntas, sé a quién dirigirme. Estoy de acuerdo en que mi hijo/a participe en este estudio. Si decido abandonar en cualquier momento, puedo hacerlo sin dar ninguna razón.

Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99. Todas las muestras serán anonimizadas con un código numérico.

Se me ha informado de que la donación/información obtenida sólo se utilizará para los fines específicos del estudio.

Deseo ser informado/a de mis datos genéticos y otros de carácter personal que se obtengan en el curso de la investigación, incluidos los descubrimientos inesperados que se puedan producir, siempre que esta información sea necesaria para evitar un grave perjuicio para mi salud o la de mis familiares biológicos.

Sí No

Por favor, marca con una cruz, SÍ DESEO PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

Por favor, complete la siguiente información:

| | Nombre y Apellidos (en MAYÚSCULAS) | DNI |
|-------------|------------------------------------|-------|
| Padre | _____ | _____ |
| Madre | _____ | _____ |
| Tutor legal | _____ | _____ |



Por favor, indica cuál es tu relación con el niño/a

Padre Madre Tutor Legal

Mi hijo/a es Niño Niña

Nombre y apellidos del **niño/a**

(en MAYÚSCULAS)

Centro Escolar

Fecha de nacimiento
(día / mes / año)

Clase

Fecha de hoy
(día / mes / año)

Teléfono
Fijo

Teléfono
Móvil

Correo electrónico
(en MAYÚSCULAS)

Firma del padre y madre o tutor

Nombre y firma del investigador

En caso de ausencia de uno de los progenitores, se firmará en su nombre.

Padre / Firmado en su nombre

Madre /Firmado en su nombre