

CONSENTIMIENTO INFORMADO



Yo, (nombre y apellidos) _____
manifiesto que he sido informada del presente Concurso de “Vivencias Lactanza” y:

- He recibido suficiente información sobre el Concurso.
- He podido hacer preguntas sobre el Proyecto.
- He hablado con el/la matró/a _____
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme:
 - Cuando quiera.
 - Sin tener que dar explicaciones.
 - Sin que esto repercuta en mi atención con la matrona.
- Comprendo que mi participación en estas Vivencias no conlleva ningún perjuicio para mi salud.
- He sido informada de que mis datos personales serán protegidos, que los resultados de mi evaluación personal serán estrictamente confidenciales.
- He recibido una copia firmada de este formulario de consentimiento.

Tomando esto en consideración, OTORGO libremente mi CONSENTIMIENTO a participar en las “Vivencias con Lactanza”, y a que mis datos puedan ser utilizados con fines de investigación.

Firma del participante