

HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE (PADRES/TUTORES)

Estamos realizando en nuestro hospital un trabajo de investigación sobre la atención recibida a los niños graves atendidos en nuestro servicio.

¿Qué es lo que estamos haciendo? El objetivo de este estudio es valorar la atención recibida durante su estancia en urgencias.

¿Por qué es importante este estudio? En los últimos años se ha dado mucha importancia a la implantación de la humanización en la atención de los pacientes pediátricos. Esto consiste en permitir a los padres/tutores estar presentes durante la estabilización inicial y la realización de pruebas complementarias de sus hijos.

En nuestro centro, en los últimos años estamos realizando proyectos de mejora en la humanización y queremos valorar este hecho.

¿Qué es lo que pedimos? Solicitamos su autorización verbal para utilizar los datos de la historia clínica de su hijo/a en el trabajo de investigación que estamos haciendo y ponernos en contacto con usted para la realización de una encuesta de valoración.

¿Qué es lo que tiene que hacer? Si decide su participación, tendrá que darnos su consentimiento verbal. La decisión de participar es voluntaria y podrá revocarla en cualquier momento, sin dar explicaciones.

¿Qué pasará con los datos y resultados del estudio? Los resultados de este estudio podrán utilizarse para publicarlos en revistas científicas o comunicarlos en congresos y reuniones científicas. Todos los datos pertenecerán a la historia clínica del niño y aquellos que se extraigan de ella para el estudio estarán codificados para que su nombre no aparezca en ningún documento fuera del hospital. La utilización de los datos se hará cumpliéndose lo establecido en las leyes vigentes en España de protección de datos (LOPD) Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y el reglamento Europeo de protección de datos. Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD). El estudio cumple las normas de la Declaración de Helsinki y ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de este hospital.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PADRES Y/O TUTORES

Humanización en la atención al paciente crítico en urgencias de pediatría

Yo,,

he leído la hoja de información que el médico que firma esta hoja me ha dado. He tenido tiempo para pensar, le he preguntado las dudas que tenía y las ha resuelto de forma adecuada. Entiendo, por tanto, para qué se hace este estudio.

Comprendo que la participación de mi..... (relación con el paciente) es voluntaria y que puede retirarse del estudio cuando quiera, sin dar explicaciones y sin que esto cambie su atención médica.

Nombre y DNI del padre, madre o tutor: Firma del padre, madre o tutor:

Fecha:

Nombre y DNI del médico

Firma del médico Fecha

APARTADO PARA LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo,, revoco el consentimiento de participación de mi..... (relación con el paciente) en el estudio arriba firmado, con fecha.....

Nombre y DNI del padre, madre o tutor

Firma del padre, madre o tutor

Fecha de la revocación