



GRUPO CAHT

GRUPO COOPERATIVO ARGENTINO
DE HEMOSTASIA Y TROMBOSIS

Formulario de Asentimiento Informado para niño de 6 a 16 años.

Consentimiento informado para formar parte del Registro Argentino de Enfermedad Trombo-embólica venosa del Grupo Cooperativo Argentino de Hemostasia y Trombosis (RAT-CAHT).

Nota: el padre, y/o la madre, y/o el representante legal deberá firmar un consentimiento informado para padres, además de firmar al final de este documento.

Se me ha invitado a participar en forma voluntaria del Registro Argentino de Enfermedad trombo-embólica venosa del Grupo Cooperativo Argentino de Hemostasia y Trombosis (RAT-CAHT). El mismo está coordinado por las Dras. Dolores Puente y Carla Giumelli.

Esta participación es libre y voluntaria. Si tus padres y vos están de acuerdo con que participes en esta investigación, tendrás que decir que sí o podés decir que no. Esto no cambiará el tratamiento que recibas ni tendrás ningún problema por no aceptar. El decir que sí, no te obliga a seguir en el registro y podés retirar tu asentimiento si así lo crees.

El/La Dr./Dra. _____ te informará que los datos de tu enfermedad son útiles a nivel científico y epidemiológico y que de ellos se podrían obtener resultados que cambien las conductas actuales.

Ante cualquier duda podés comunicarte con las coordinadoras al correo grupocaht@gmail.com o con el Comité de Bioética del Hospital Universitario Fundación Favaloro:

- Domicilio: Solís 453, CABA (C1078AAI).
- Teléfonos: +5411 4378-1229 (directo) o +5411 4378-1220 (interno 4135).
- Secretaría: Cecilia S. Di Cosmo. cdicosmo@ffavaloro.org

Si querés participar, marcá una X en el cuadrado que dice acepto participar.

Si quiero participar.

Si no querés participar, no completes nada ni escribas tu nombre.

Lugar y Fecha	Nombre y Apellido del niño/a	DNI	
Lugar y Fecha	Nombre y Apellido de la persona que obtiene el asentimiento	DNI	Firma y sello
Lugar y Fecha	Nombre y Apellido del padre y/o madre que presta su consentimiento	DNI	Firma

GRUPO CAHT

Luis Sáenz Peña 342 Piso 9, Dto. A
(C1110AAH) Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
TEL / FAX +54 11 43 84 58 02
info@grupocaht.com



GRUPO CAHT

GRUPO COOPERATIVO ARGENTINO
DE HEMOSTASIA Y TROMBOSIS

Cuando aplique:

Lugar y Fecha	Nombre y Apellido del Representante legal	DNI	Firma
---------------	---	-----	-------

Lugar y Fecha	Nombre y Apellido del Testigo	DNI	Firma
---------------	-------------------------------	-----	-------

Domicilio del Testigo

GRUPO CAHT

Luis Sáenz Peña 342 Piso 9, Dto. A
(C1110AAH) Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
TEL / FAX +54 11 43 84 58 02
info@grupocaht.com