Formulario de Asentimiento para padres de adolescentes entre 16-18 años.

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

Nota: el padre y/o la madre y/o el representante legal deberá firmar este asentimiento informado para padres, además de firmar al final del consentimiento informado de su hijo/a.

A su hijo/a se le ha invitado a participar en forma voluntaria del Registro Argentino de Enfermedad trombo-embolica venosa del Grupo Cooperativo de Hemostasia y Trombosis. (CAHT-RAT). El mismo está coordinado por las Dras. Dolores Puente y Carla Giumelli.

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

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

El Dr/Dra. _____ me ha informado que los datos que conciernen a la patología son de utilidad científica y epidemiológica y que de ellos se podrían obtener datos que cambien las conductas actuales vigentes.

Los datos recolectados serán analizados por el CAHT desde el punto de vista clínico y epidemiológico, respetando la estricta confidencialidad de los mismos (Ley 25.326).

El que suscribe _____

D.N.I. _____ asiente que los datos sean utilizados a solo fin científico, reservándome el derecho de retirarlos si así lo considero.

_____	_____	_____
Lugar y Fecha	Firma del Padre, Madre o Tutor	Aclaración

_____	_____	_____	_____
Lugar y Fecha	Nombre y Apellido de la persona que obtiene el asentimiento	DNI	Firma y sello

La firma de testigo solo se requerirá si el médico tratante considera al paciente vulnerable.

_____	_____
Firma del Testigo	Aclaración

Se firman dos originales. Uno queda en la historia Clínica del paciente y el otro es entregado al paciente.