



GRUPO CAHT

GRUPO COOPERATIVO ARGENTINO
DE HEMOSTASIA Y TROMBOSIS

Formulario de Consentimiento Informado para adultos

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

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.

Ante cualquier duda podré comunicarme 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/La Dr./Dra. _____ me ha informado que los datos que conciernen a mi patología son de utilidad científica y epidemiológica, y que de ellos se podrían obtener resultados que cambien las conductas actuales vigentes.

Los datos recolectados serán analizados por el Grupo 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. _____ consiente que sus datos sean utilizados solo con fines científicos, reservándose el derecho de retirarlos si así lo considera.

Lugar y Fecha	Firma	Aclaración
_____	_____	_____

Lugar y Fecha	Nombre y Apellido de la persona que obtiene el consentimiento	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.

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