**Anexo: 1**

Consentimiento informado

Compromiso del paciente en la investigación

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con CI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estoy de acuerdo con participar en el siguiente estudio, una vez que se me han explicado las características del mismo; mi aprobación es totalmente voluntaria y sin compromiso, pues estoy en libertad de no aceptar o retirarme del estudio cuando estime conveniente, con garantías de recibir una atención médica adecuada en el Hospital Provincial “Saturnino Lora”.

Y para que así conste y por mi libre voluntad, firmo el presente consentimiento, junto con el médico que me ha dado las explicaciones, a los \_\_\_ días del mes\_\_\_\_ del año 201\_\_.

Firma del paciente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del médico responsable\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_