

## CONSENTIMENT INFORMAT PER A LA REALITZACIÓ D'ASSAJOS DE PROJECTES D'INVESTIGACIÓ (REPRESENTANT - PER MAJORS DE 12 ANYS)

(Versió 2 del 12 de febrer de 2024)

Títol de l'estudi: Avaluació d'eficàcia del programa preventiu RESPIR@IRE en mostra escolar

Codi del protocol: ARC23

Promotor: D.G. Salut Mental. Conselleria de Salut.

Contacte: Yasmina Castaño

Càrrec, unitat, centre: Tècnica en prevenció d'IREFREA (Institut Europeu d'Estudis en Prevenció)

Telèfon: 871002385

Correu electrònic: ycastano@irefrea.org

Jo, \_\_\_\_\_ (nom i llinatges) en qualitat de representant de \_\_\_\_\_ (nom i llinatges del participant),

- He llegit el full d'informació que se m'ha lliurat.
- He pogut fer preguntes sobre l'estudi (si ho he necessitat).
- He rebut suficient informació sobre l'estudi.
- He parlat o tingut la oportunitat de parlar amb *na Yasmina Castaño* o alguna altra persona vinculada al projecte (si ho he necessitat).
- Comprenc que la participació del meu/va fill/a és voluntària.
- Comprenc que puc retirar-me de l'estudi.
- Comprenc que, si el meu fill/a decideix retirar-se de l'estudi, els resultats obtinguts fins a aquest moment podran seguir utilitzant-se.
- En la meva presència s'ha donat a \_\_\_\_\_ (nom del participant) tota la informació pertinent adaptada al seu nivell d'enteniment i està d'acord a participar-hi. Don la meva conformitat perquè \_\_\_\_\_ (nom del participant) participi en aquest estudi i don el meu consentiment per a l'accés i utilització de les dades en les condicions que es detallen en el full d'informació al pacient.

En el cas que els resultats de la recerca proporcionin dades que em puguin interessar a mi o als meus familiars: (indicar una de les caselles)

- Vull que me n'informin.

No vull que me n'informin, però accepto que els responsables de la recerca contactin amb els meus familiars si aquests resultats els poden afectar.

Comprenc que \_\_\_\_\_ (*nom del participant*) té els drets d'accés, rectificació, supressió, oposició i limitació del tractament de dades, fins i tot a traslladar les seves dades a un tercer autoritzat (portabilitat), d'acord amb el que es disposa en la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal i garantia dels drets digitals.

Signatura del representant:

Signatura de l'investigador:

Nom:

Data:

Nom:

Data:

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE ENSAYOS DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN (REPRESENTANTE – PARA MAYORES DE 12 AÑOS)

(Versión 2 del 12 de febrero de 2024)

Título del estudio: Evaluación de eficacia del programa preventivo RESPIR@IRE en muestra escolar

Código del protocolo: ARC23

Promotor: D.G. Salud Mental. Consejería de Salud.

Contacto: Yasmina Castaño

Cargo, unidad, centro: Técnica en prevención de IREFREA (Instituto Europeo de Estudios en Prevención)

Teléfono: 871002385

Correo electrónico: ycastano@irefrea.org

Yo, \_\_\_\_\_ (*nombre y apellidos*) en calidad de representante de \_\_\_\_\_ (*nombre y apellidos del participante*),

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio (si ha hecho falta).
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He hablado con *Yasmina Castaño* o alguna otra persona vinculada al proyecto (si ha hecho falta).
- Comprendo que la participación de mi hijo/a es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio.
- Comprendo que, si mi hijo/a decide retirarse del estudio, los resultados obtenidos hasta este momento podrán seguir utilizándose.
- En mi presencia se ha dado a \_\_\_\_\_ (*nombre del participante*) toda la información pertinente adaptada a su nivel de entendimiento y está de acuerdo en participar. Doy mi conformidad para que \_\_\_\_\_ (*nombre del participante*) participe en este estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de los datos en las condiciones que se detallan en la hoja de información al paciente.

En el caso de que los resultados de la investigación proporcionen datos que me puedan interesar a mí o a mis familiares: (*indicar una de las casillas*)

- Quiero que me informen.

No quiero que me informen, pero acepto que los responsables de la investigación contacten con mis familiares si estos resultados les pueden afectar.

Comprendo que \_\_\_\_\_ (*nombre del participante*) tiene los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y limitación del tratamiento de datos, incluso a trasladar sus datos a un tercero autorizado (portabilidad), de acuerdo con lo dispuesto en el la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos de carácter personal y garantía de los derechos digitales.

Firma del representante:

Firma del investigador:

Nombre:

Fecha:

Nombre:

Fecha: