

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DEL ESTUDIO:

**“APLICACIÓN DE RADIOFRECUENCIA VAGINAL MEDIANTE EL DISPOSITIVO NEOGYN® COMO TRATAMIENTO DE LA ATROFIA VAGINAL. ESTUDIO ALEATORIZADO CONTROLADO DOBLE CIEGO (Estudio SAVARA)”**

Yo, .....  
(nombre y apellidos del participante)

He leído la hoja de información que se me ha entregado sobre el estudio.  
He podido hacer preguntas sobre el estudio.  
He recibido suficiente información sobre el estudio.  
He hablado con .....  
(nombre y apellidos del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.  
Comprendo que puedo retirarme del estudio:  
- Cuando quiera.  
- Sin tener que dar explicaciones.  
- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

Deseo que me comuniquen la información derivada de la investigación que pueda ser relevante para mí salud:

SÍ

NO

Recibiré una copia firmada y fechada de este documento de consentimiento informado

.....  
Firma del participante  
Fecha:

.....  
Firma del investigador  
Fecha: