

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Día: _____ del mes de _____ del año _____

Para cumplir con este precepto básico de toda investigación aplicamos el siguiente modelo de consentimiento:

Yo: _____ de Ciudadanía: _____ y
con Carnet de Identificación #: _____, doy mi consentimiento
para participar en esta investigación de título: **Taquicardia ortostática postural y
trastornos autonómicos en el síndrome post covid-19**, que tiene como objetivo
evaluar la presencia de disfunción autonómica en el síndrome post Covid 19,
mediante estudios de laboratorio y utilizando la Prueba Lean de la NASA (PLN).

Estoy dispuesta a participar y/o cooperar en los procedimientos requeridos en la
investigación y permito el uso de la información por parte de los investigadores así
como a responder con certeza todas las interrogantes que me formulen.

Autorizo la utilización de los resultados en publicaciones y con otros fines
investigativos siempre y cuando resulten beneficiosos para el desarrollo de la ciencia
y se mantenga sin revelar mi identidad.

Firma de Paciente

Firma de Investigador