



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_, en calidad de persona cuidadora de \_\_\_\_\_, concedo permiso para utilizar sus datos en la realización de la investigación que lleva por título “Evaluación de la calidad de vida del cuidador principal en pacientes con enfermedad oncohematológica” realizada en el marco del desarrollo del Trabajo Final de Grado de Dña. Andrea Cifre Jabaloyas

Tras haber sido informado del objetivo y de los riesgos/beneficios del mismo, me comprometo a rellenar la encuesta validada “QOL Scale” y a participar activamente en el curso del estudio.

Entiendo que la participación es completamente voluntaria y que tengo derecho a abandonar el estudio en cualquier momento.

Firmado:

Valencia, Enero de 2017