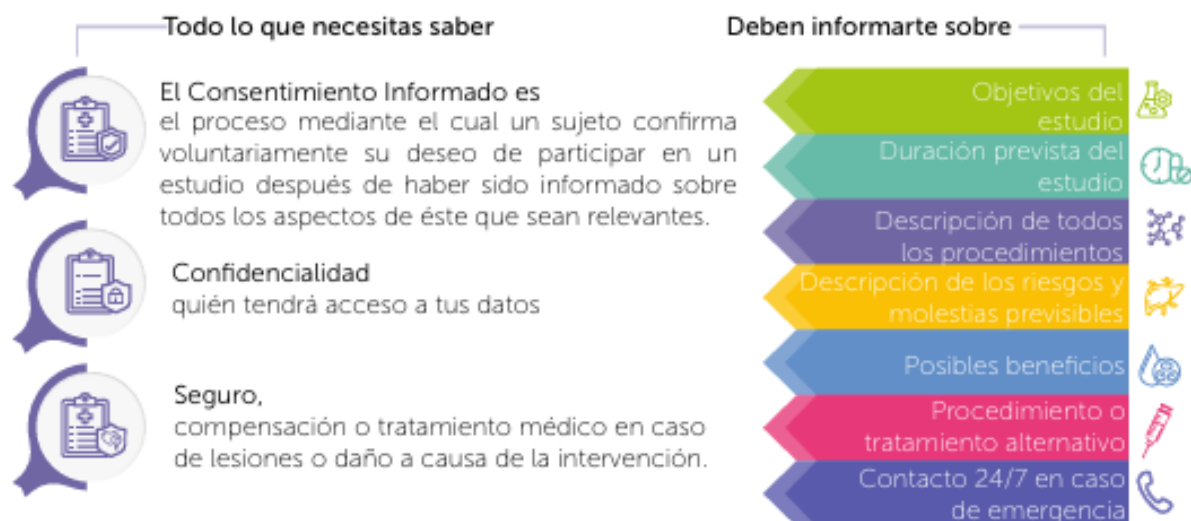


CONSENTIMIENTO INFORMADO



***En caso de modificación de algún aspecto del CI deberás reconsentir tu participación voluntaria**



***Recuerda que tienes el derecho de discutir tu participación con tu familia y médico de confianza**

Referencias: <https://www3.paho.org/spanish/ad/dpc/cd/res-pahoerc.pdf>

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/16830/v108n%285-6%29p439.pdf?sequence=1&isAllowed=y>