

Anexo 2. Carta de Revocación

CARTA DE REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Título del protocolo: “Asociación entre el estado nutricional y la valoración dietética, clínica, física, mental, afectiva y farmacológica de un colectivo de adultos mayores institucionalizados”.

Investigadores:

Dra. M. Araceli Ortiz Rodríguez, PhD

Dra. Erika Palacios Rosas, PhD

Dr. Alejandro Porras Bojalil, MSc

Dr. Pedro Alfredo Wesche Ebeling, PhD

Sede donde se realizará el estudio: Asilo particular de caridad para ancianos San Jose Maria de Yermo y Parres FBP (antes Santa Inés). Dirección 9 poniente #309 Col. Centro Puebla, 72000 Tel. +52 (222) 2422034, (222) 2323205

Nombre del paciente:

Por este conducto deseo informar mi decisión de retirarme de participar en el proyecto de investigación de la “Asociación entre el estado nutricional y la valoración dietética, clínica, física, mental, afectiva y farmacológica de un colectivo de adultos mayores institucionalizados”, por las siguientes razones: (PUEDE DEJARLO EN BLANCO SI NO DESEA MENCIONAR LAS RAZONES)

Si el paciente lo desea, podrá solicitar que le sea entregada toda la información que se haya recabado sobre él/ella con motivo de su participación en el proyecto de investigación.

Nombre y firma del paciente

____/____/____
día mes año

Nombre y firma del testigo

____/____/____
día mes año

Nombre y firma del testigo

____/____/____
día mes año

Con copia para el paciente (Se deberá elaborar por duplicado, quedando una copia en poder del paciente).