**Consentimiento Informado**

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ciudadano cubano(a), con carnet de identidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declaro que he sido informado e invitado a participar en una investigación denominada **Caracterización de la infertilidad en el municipio Consolación del Sur**. Este es un proyecto de investigación científica aprobado por el Consejo Científico Municipal.

Se ha puesto en mi conocimiento que el estudio tiene como objetivo caracterizar la infertilidad según variables clínico-epidemiológica seleccionadas. Se me ha informado que los datos de mi entrevista y los resultados del estudio solo serán conocidos por los investigadores y no serán revelados a ninguna persona sin mi autorización. La información registrada será confidencial.

Asimismo, se me ha comunicado que tengo el derecho de negar la participación o retirarme en cualquier etapa de la investigación, sin expresión de causa ni consecuencias negativas para mí.

Conociendo lo antes planteado en este documento y habiendo aclarado todas mis dudas expreso mi disposición a participar en esta investigación. Para que así conste, firmo el presente documento.

Firma del participante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_