

**Consentimiento informado. Registro Argentino de Hipertensión Pulmonar (ARGEN-HP)**

Ud. presenta diagnóstico de hipertensión pulmonar y está siendo cuidado y tratado acorde a los estándares asistenciales propios de su enfermedad.

Para comprender con mayor profundidad su enfermedad, lo queremos invitar a participar de un estudio observacional organizado por la Asociación Argentina de Medicina Respiratoria, Colegio Argentino de Cirujanos Cardiovasculares, Federación Argentina de Cardiología, Sociedad Argentina de Cardiología, Sociedad Argentina de Pediatría, Sociedad Argentina de Reumatología y Sociedad Argentina de Trasplantes.

Se recabarán datos vinculados a sus antecedentes clínicos, procedimientos efectuados y tratamientos brindados durante su seguimiento ambulatorio e internación eventual. Se actualizarán los estudios habituales del seguimiento. Si Ud. está de acuerdo y respetando la privacidad de sus datos personales, y sin que los estudios y tratamientos ofrecidos cambien en lo más mínimo, incluiremos los datos de su historia clínica en el registro. Dentro del seguimiento usted será evaluado por su médico de cabecera y registrarán los datos durante 36 meses.

La participación en este registro no contempla reconocimiento económico de ningún tipo. Asimismo, puede retirarse del registro cuando disponga, sin ninguna repercusión de cualquier índole sobre usted.

Ante cualquier inquietud no dude en comunicarse con su médico tratante o con los Dres.....teléfono y/o teléfono. Si tiene preguntas acerca de los derechos de personas que participan de estudio de investigación, puede llamar al Comité de ética en investigación de la Sociedad Argentina de Cardiología, teléfono 4961 6027.

Confidencialidad: En Argentina existe la Ley Nº 25.326, de Protección de datos personales, el control de esta Ley es función de la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales – DNPDP (Tel. (011) 4383-8512/13, web <http://www.jus.gov.ar> ). Respetando lo estipulado por esta Ley su identidad será resguardada manteniendo la confidencialidad de los datos que lo identifican

Doy mi consentimiento para participar en el registro (versión 4,13-10-2021):

Nombre y Apellido del Paciente:.....

Firma:.....

Fecha:.....

Nombre y Apellido de padre, tutor ó encargado (para inclusión de pacientes menores de edad): .....

Firma:.....

Fecha:.....

Nombre y Apellido del Investigador:.....

Firma:.....

Fecha:.....

Centro: .....Teléfono Investigador: .....