



S O C I E D A D  
LATINOAMERICANA  
DE CARDIOLOGIA  
INTERVENCIONISTA

## REGISTRO COLABORATIVO DE TRATAMIENTO DE ESTENOSIS AORTICA EN ARGENTINA

### **REGESTAR**

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr/a Paciente Ud. presenta diagnóstico de Estenosis Aortica Severa y está siendo cuidado y tratado acorde a los estándares asistenciales propios de su enfermedad. Para comprender con mayor profundidad la misma, lo queremos invitar a participar de un registro organizado en conjunto por varias sociedades científicas de Argentina: Federación Argentina de Cardiología (FAC), Sociedad Argentina de Cardiología (SAC), Colegio Argentino de Cardioangiologos Intervencionistas (CACI), Sociedad Latinoamericana de Cardiología Intervencionista (SOLACI), Consejo Argentino de Residentes de Cardiología (CONAREC).

Se recabarán datos vinculados a sus antecedentes clínicos, procedimientos efectuados y tratamientos brindados durante su seguimiento ambulatorio y/o de su internación.

Si Ud. está de acuerdo y respetando absolutamente la privacidad de sus datos personales (en cumplimiento de la Ley 25.326 de Protección de Datos Personales), incluiremos los datos de su historia clínica en el registro. Cabe aclarar que su participación es voluntaria y su inclusión o no en el registro no cambiara el tratamiento indicado en lo más mínimo. Dentro de los 30 días y a los 6 y 12 meses de su tratamiento lo volveremos a contactar para conocer su estado de salud en el contexto de la visita habitual a su cardiólogo/a de cabecera.

La participación en este registro no contempla reconocimiento económico ni para el participante ni para el equipo de investigación de ningún tipo. El/La participante puede retirarse del estudio en cualquier momento de su desarrollo, sin que ello afecte la normal atención médica habitual, con el consecuente retiro y entrega de los datos recabados al momento, si es que ello ya se hubiera concretado. Ante cualquier inquietud no dude en comunicarse con el Comité Científico del Registro ([svjigo@hotmail.com](mailto:svjigo@hotmail.com)), o a los teléfonos incluidos en este consentimiento del Investigador/a Principal y/o al Comité de Ética e Investigación de su Hospital.



SOCIEDAD  
LATINOAMERICANA  
DE CARDIOLOGIA  
INTERVENCIONISTA

Nombre y Apellido del paciente

DNI del paciente

- Firma

- Fecha Nombre y Apellido del investigador

- Firma

- Fecha Nombre y Apellido de un testigo

- Firma

- Fecha

Centro (Hospital):

Teléfono:

- Comité de ética evaluador (nombre y número de contacto):