**Nombre: Teléfono:**

**Apellidos: Mail:**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

En primer lugar, me gustaría **agradecerles**  **su colaboración**  en este Análisis cuantitativo y cualitativo de diferentes pruebas relacionadas con el rango de movimiento de la extensión de cadera. Gracias por su colaboración.

***1. ¿Qué es y qué persigue este estudio?***

Con esta investigación se pretende observar la correlación entre diferentes pruebas de evaluación de la movilidad y funcionalidad de la articulación de la cadera.

La **participación** en el estudio es **voluntaria**, nadie está obligado a participar. A su vez cualquiera puede abandonar el estudio en cualquier momento sin tener que dar explicación alguna.

***2. ¿Cómo se realizará el estudio?***

Todos los participantes serán evaluados mediante unos test de movilidad y funcionalidad de cadera, y unas medidas antropométricas que se harán ellos mismos. Posteriormente, se procederá a analizar los resultados y a ver asociaciones entre las diferentes variables. Todo el procedimiento es TOTALMENTE GRATUITO Y NO PRODUCIRÁ DOLOR ALGUNO EN NINGÚN MOMENTO.

***3. Beneficios y riesgos.***

Los beneficios que supone participar en este estudio son numerosos, ya que nos permitirá valorar si hay alguna deficiencia en la estabilidad y la movilidad de la cadera, las cuales están relacionadas con la aparición de dolores lumbares y de rodilla. Si algún participante presentase algún déficit funcional, se le daría de forma gratuita indicaciones y ejercicios para poder corregirlo.

El estudio no supone ningún riesgo potencial para los participantes.

***4. Confidencialidad de los datos***

La investigación se realizará al marco de concordancia de aplicación de la declaración de Helsinki, Reglamento Europeo de Protección de datos 679/2016 y a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y a los nuevos derechos contemplados en dicha legislación. Ninguno de estos datos será revelado a personas externas. Su participación es anónima. Sin embargo, sus nombres estarán registrados en una lista de control que será guardada por el investigador principal, a la cual sólo se recurrirá en los momentos imprescindibles. De acuerdo con la ley vigente usted tiene derecho al acceso de sus datos personales; y si está debidamente justificado, tiene derecho a su rectificación y cancelación. Si así lo desea, deberá solicitarlo al investigador que lo atiende. Los resultados del estudio podrán ser comunicados a las autoridades sanitarias y, eventualmente, a la comunidad científica a través de congresos y/o publicaciones.

Yo, (nombre del paciente)…………………………………………………..

He leído la hoja de información que se me ha entregado, he podido realizar las preguntas necesarias sobre el estudio y he aceptado voluntariamente mi participación en este estudio. Y certifico que todos los datos aportados son ciertos.

Fecha........................................

Firma y DNI del participante (manuscrita por el participante)

Para cualquier duda o asunto los datos del investigador principal son:

Ángel González de la Flor

Tlf: 667427424

DNI: 53615907D

Angel.gonzalez@unviersidadeuropea.es

**Revocación del consentimiento:**

Yo, (nombre del paciente)…………………………………………………..

Renuncio a participar en el estudio y en consecuencia revoco mi consentimiento anteriormente expresado.

Fecha........................................

Firma y DNI del participante (manuscrita por el participante)