



CENIEH

Centro Nacional de Investigación
sobre la Evolución Humana

FICHA INFORMATIVA – PROYECTO RECOGIDA DE DIENTES DECIDUOS (RP20__ - GAD)

- El donante ya ha aportado piezas dentales en anteriores campañas.
 Extracción

WEB/ INDIVIDUO N° _____

Nombre y apellidos	
Fecha y lugar de nacimiento/...../..... en..... País:
Lugar de residencia habitual	en..... País:
Sexo	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
Edad de caída del diente (años*)	

* Indicar la edad más exacta posible

NACIMIENTO	<input type="checkbox"/> Prematuro (antes de las 37 semanas de gestación o del octavo mes)
	<input type="checkbox"/> A término (entre la semana 37 y la 41 de gestación o en el noveno mes)
	<input type="checkbox"/> Después de término (después de semana 41 de gestación o del noveno mes)
ALIMENTACIÓN	<input type="checkbox"/> Lactancia materna
	<input type="checkbox"/> Lactancia artificial
	<input type="checkbox"/> Lactancia mixta (materna + artificial)

ASCENDENTES

Familiar	Lugar de nacimiento	Lugar de residencia habitual
Padre	en País:	en País:
Madre	en País:	en País:
Abuelo paterno	en País:	en País:
Abuela paterna	en País:	en País:
Abuelo materno	en País:	en País:
Abuela materna	en País:	en País:

OBSERVACIONES (otros datos relevantes que se quieran aportar)



CENIEH

Centro Nacional de Investigación
sobre la Evolución Humana

Código del Estudio (WEB): **Proyecto RP20__-GAD**

Yo,..... con DNI / NIE /
pasaporte....., correo electrónico.....,
padre/madre/tutor legal de.....

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.

Comprendo que nuestra participación es voluntaria, pudiéndonos retirar del estudio en cualquier momento y sin necesidad de dar explicaciones, comunicándolo vía email a la siguiente dirección: protecciondedatos@cenieh.es

Conociendo lo anteriormente expuesto, presto libremente nuestra conformidad para participar en el estudio y damos nuestro consentimiento para la utilización de los datos aportados en las condiciones detalladas en la hoja de información. Para ello, firmo este **Consentimiento Informado**.

Firma del padre/madre/tutor legal

Firma de la investigadora responsable

Nombre:
Fecha:

Dra. Marina Martínez de Pinillos González