



**HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA
COMITE DE ETICA E INVESTIGACION**



**CARTA DE REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MENORES DE
EDAD Y GRUPOS VULNERABLES**

Yo _____, responsable directo del (la)
Sr. (a), Niño(a) _____, de _____ años de edad, he
decidido excluirlo (a) del Proyecto de investigación médica:

, por las siguientes razones:

Lugar fecha: _____

Nombre y firma del responsable: _____

Parentesco o relación con el participante: _____

Nombre y firma del médico que recibe la revocación del consentimiento:

TESTIGO 1

TESTIGO 2

NOMBRE: _____

NOMBRE: _____

PARENTESCO: _____

PARENTESCO: _____

FECHA: _____

FECHA: _____