

También me han informado que si en el examen físico inicial o de seguimiento, realizado por la médica investigadora se encuentran signos y/o síntomas que ameriten manejo médico, se remitirá al médico tratante. Si se llegara a detectar algún tipo de riesgo, seré retirado del programa de ejercicios. Los demás procedimientos (la muestra de sangre, la historia clínica y el examen físico) son de riesgo mínimo.

- La investigación se llevará a cabo por personal de salud debidamente capacitado y registrado.
- La parte clínica se llevará en el Centro de Salud de la Universidad del Quindío, debidamente habilitado por la Seccional de Salud.
- Los exámenes se procesarán en el Laboratorio del Grupo de Enfermedades Cardiovasculares y Metabólicas (GECAVYME), por personal capacitado para tal fin.
- Para el programa de ejercicios, puedo escoger por cercanía a mi casa, un lugar en el sur de la ciudad, en el Hospital del Sur y otro en el norte, en la Universidad del Quindío.

En el caso de que tenga alguna pregunta, puedo solicitar y recibir información en el momento que lo requiera. La **persona contacto**, responsable de este proyecto de Investigación, es la Dra. Olga Alicia Nieto Cárdenas, médica, estudiante del Doctorado en Ciencias Biomédicas.

La puedo localizar en los siguientes sitios de la Universidad del Quindío, en la Facultad de Ciencias de la Salud: teléfono 7460129 ó celular 3216415753.

- Centro de Salud de la Universidad del Quindío.
- Laboratorio de Enfermedades Cardiovasculares y metabólicas.
- Doctorado en Ciencias Biomédicas.

Ó en la siguiente dirección electrónica: [olgalicianieto@gmail.com](mailto:olgalicianieto@gmail.com)

Mi participación voluntaria en este estudio no interfiere en los controles habituales a los que asisto a RedSalud. Si decido retirarme del estudio, esto no afectará mi atención médica y controles en Redsalud.

Habiendo entendido lo que se me ha explicado y lo que he leído, otorgo mi consentimiento y compromiso informado para participar en este proyecto.

Firma de la persona que otorga el consentimiento informado:

NOMBRE  
C.C.

Fecha:

Firma de la investigadora médica que brindó la asesoría:

NOMBRE  
C.C.

Fecha:

Firma de TESTIGOS:

NOMBRE  
C.C.

Fecha: