

STUDY NUMBER:

**Biopsia opcional**

La biopsia que se tomará será solo con fines investigativos y no lo beneficiará, pero podrá ayudar a otras personas en el futuro. Incluso si indica que "sí" se someterá a la biopsia, podrá cambiar de opinión en cualquier momento. Por favor, lea la oración a continuación y piense en su decisión, después de leerla, marque la respuesta que le parezca correcta con un círculo y escriba sus iniciales al frente. La decisión de participar en esta parte de la investigación es opcional e, independientemente de lo que decida hacer, la elección no afectará su atención médica.

Estoy de acuerdo con que se me tome una biopsia del tumor para las pruebas de investigación de este estudio.

Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ No corresponde a este estudio \_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_

**Estudios opcionales**

Nos gustaría guardar parte de las muestras que tomemos y de la información que recopilemos para futuras investigaciones. Estas muestras e información se identificarán con un número y no con su nombre. El uso de sus muestras o información solo será con fines investigativos y no lo beneficiará. También es posible que nunca se usen ni las muestras ni la información almacenadas. Ni usted ni su médico personal tendrán acceso a los resultados de la investigación que se realice con sus muestras o información. Estos resultados podrán ayudar a las personas con cáncer y otras enfermedades en el futuro.

Si decide en este momento que podemos guardar sus muestras e información para la investigación, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Solo contáctenos e infórmenos que no desea que las usemos; entonces, se destruirán y no se usarán en futuras investigaciones.

Por favor, lea cada oración a continuación y piense en su decisión. Después de leer, marque la respuesta que le parezca correcta con un círculo y escriba sus iniciales al frente. Independientemente de lo que decida hacer, su elección no afectará su atención médica.

**1.** Se pueden guardar mis muestras e información para usar en investigaciones a fin de aprender sobre el cáncer u otros problemas médicos, y cómo prevenirlos o tratarlos.

Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_

**2.** Alguien puede comunicarse conmigo en el futuro a fin de pedirme autorización para usar mi(s) muestra(s) o información en nuevas investigaciones que no se incluyen en este documento de consentimiento.

Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_