

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 \_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_

**Uso de muestras e información para futuras investigaciones**

Nos gustaría guardar parte de las muestras que tomemos y de la información que recopilemos a fin de usarlas para futuras investigaciones y compartirlas con otros investigadores. No lo contactaremos para informarle cada uno de los usos futuros. Estas muestras e información se identificarán con un número y no con su nombre. Sus muestras e información solo se usarán con fines investigativos y no lo beneficiarán. Los investigadores usan muestras y datos almacenados en bases de datos científicas para lograr avances en la ciencia y aprender más sobre la salud y las enfermedades. 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 y compartir 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, toda muestra que todavía no se haya usado o compartido se destruirá y no se usará en futuras investigaciones.

Por favor, lea la 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.

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 \_\_\_\_\_