

STUDY NUMBER:

### Biopsia opcional

La biopsia a tomarse es únicamente para propósitos de investigación y no generará ningún beneficio para usted. Tal vez sea de ayuda para otras personas en el futuro. Incluso si usted indica en este documento que "sí" puede tomarse la biopsia, usted podrá cambiar de opinión en cualquier momento. Lea cada oración que se presenta a continuación y piense sobre su elección. Después de leer cada oración, encierre en un círculo la respuesta que sea correcta para usted y escriba sus iniciales. La decisión de participar en esta parte de la investigación es opcional, y no importa lo que usted decida hacer, su elección no afectará a su atención médica.

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

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

### Estudios opcionales

Nos gustaría guardar un poco del tejido, la sangre y la orina que se obtengan, para usarlos en investigaciones futuras. Estas muestras se identificarán con un número y no con su nombre. Sus muestras se usarán únicamente para propósitos de investigación y no generarán ningún beneficio para usted. También existe la posibilidad de que las muestras almacenadas nunca se utilicen. Los resultados de las investigaciones realizadas en sus muestras no se pondrán ni a su disposición ni a la de su médico. Tal vez sean de ayuda para las personas que tengan cáncer u otras enfermedades en el futuro.

Si usted decide ahora que se puede guardar su tejido, sangre y orina para investigaciones, podrá cambiar de opinión en cualquier momento. Tan sólo comuníquese con nosotros e infórmenos de que usted no quiere que usemos su tejido, sangre y orina. Entonces, todo lo que quede del tejido, la sangre y la orina será destruido.

Lea cada oración que se presenta a continuación y piense sobre su elección. Después de leer cada oración, encierre en un círculo la respuesta que sea correcta para usted y escriba sus iniciales. No importa lo que usted decida hacer, su elección no afectará a su atención médica.

**1.** Pueden guardarse mis muestras de tejido, sangre y orina para usarse en investigaciones para aprender acerca del cáncer, su prevención o tratamiento.

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

**2.** Pueden guardarse mis muestras para usarse en investigaciones para aprender acerca de otros problemas de la salud, su prevención o tratamiento (por ejemplo, la diabetes, la enfermedad de Alzheimer o la cardiopatía (enfermedades del corazón)).

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

**3.** Alguien puede comunicarse conmigo en el futuro para pedir permiso para usar mis muestras en nuevas investigaciones que no se incluyen en este consentimiento.

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