

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, manifiesto que se me ha proporcionado y he entendido la información sobre la participación en el proyecto “Caracterización genealógica y espectro clínico-patológico de los **Probandos** en familias con mutaciones en genes BRCA1/BRCA2 (Síndrome de Predisposición a Cáncer de Mama y Ovario Hereditario): Identificando a Angelina Jolie”.

He podido hacer preguntas sobre el estudio, comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin dar explicaciones y sin que tenga ninguna repercusión negativa sobre mí o sobre mi salud. Facilito el siguiente número de teléfono _____ y mi dirección de correo electrónico _____ para que el equipo investigador contacte conmigo en caso necesario.

Por favor, marque las opciones con las que está de acuerdo y da su permiso:

☐ DOY ☐ NO DOY mi permiso para que los investigadores dispongan de mi información médica personal y familiar, y molecular/genética. Entiendo que los datos clínicos obtenidos se considerarán estrictamente confidenciales y su uso estará restringido al ámbito y finalidad de los mismos.

☐ DOY ☐ NO DOY mi permiso para que los investigadores principales contacten conmigo vía telefónica para actualizar y completar la información para llevar a cabo este proyecto.

*FIRMAS:

Paciente, familiar o representante legal.

Fecha:

Investigador.

Fecha:

Consentimiento Informado para el Paciente.

**En caso de firma electrónica, imprima previamente el documento como PDF*

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, manifiesto que se me ha proporcionado y he entendido la información sobre la participación en el proyecto “Caracterización genealógica y espectro clínico-patológico de los **Probandos** en familias con mutaciones en genes BRCA1/BRCA2 (Síndrome de Predisposición a Cáncer de Mama y Ovario Hereditario): Identificando a Angelina Jolie”.

He podido hacer preguntas sobre el estudio, comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin dar explicaciones y sin que tenga ninguna repercusión negativa sobre mí o sobre mi salud. Facilito el siguiente número de teléfono _____ y mi dirección de correo electrónico _____ para que el equipo investigador contacte conmigo en caso necesario.

Por favor, marque las opciones con las que está de acuerdo y da su permiso:

☐ DOY ☐ NO DOY mi permiso para que los investigadores dispongan de mi información médica personal y familiar, y molecular/genética. Entiendo que los datos clínicos obtenidos se considerarán estrictamente confidenciales y su uso estará restringido al ámbito y finalidad de los mismos.

☐ DOY ☐ NO DOY mi permiso para que los investigadores principales contacten conmigo vía telefónica para actualizar y completar la información para llevar a cabo este proyecto.

***FIRMAS:**

Paciente, familiar o representante legal.

Fecha:

Investigador.

Fecha:

Consentimiento Informado para el equipo investigador.

**En caso de firma electrónica, imprima previamente el documento como PDF*