Rady Children's Hospital San Diego
3020 Children's Way
San Diego, CA 92123

DTF1322

Formulario de consentimiento para el uso de especímenes

PLACE PATIENT
ID LABEL INSIDE BOX

Al firmar este formulario, entiendo que:

(a) los tejidos, fluidos, células y otros especímenes que no se requieran para su diagnóstico o para el tratamiento (en adelante "muestras" que puedan recoger el Hospital de Rady Children's San Diego, los especialistas de Rady Children's de San Diego, y/o el Grupo Primario Médico para Cuidados de Niños, Inc., durante el curso del tratamiento pueden ser utilizados por y compartido con los investigadores, de acuerdo con las leyes estatales y federales, incluyendo todas las leyes de privacidad), y
(b) bajo la ley de California, los pacientes no tienen ningún derecho sobre estas muestras ni derechos a cualquier producto que pueda desarrollarse a través de la investigación con estas muestras y que sea comercialmente útil.

Entiendo que después firmar este acuerdo, no puedo posteriormente prohibir el uso de las muestras que ya se han compartido. Sin embargo, puedo evitar compartir en el futuro las muestras mediante una solicitud por escrita a RCHSD.

Mis opciones de consentimiento se describen de la siguiente manera:

Mi elección de consentimiento es: (Elija una)

☐ Yo doy mi consentimiento para que el Hospital Rady Children's de San Diego, los especialistas de Rady Children's de San Diego, y el Grupo Primario Médico para Cuidados de Niños, Inc., usen y compartan con los investigadores las muestras recogidas durante el curso del tratamiento.

☐ Yo niego dar mi consentimiento para que el Hospital Rady Children's de San Diego, los especialistas de Rady Children's de San Diego, y el Grupo Primario Médico para Cuidados de Niños, Inc., usen y compartan con los investigadores las especímenes colectadas durante el curso del tratamiento.

Firma del paciente o representante autorizado:
Si firmo este formulario como el representante autorizado del paciente, entiendo que todas las referencias a "yo" o "mi" se refiere al paciente.

_____ _____ _____
Firma del paciente o representante autorizado: Tiempo Fecha

Si alguien más firma aparte del paciente, escriba su nombre en letra de molde e indique la relación/parentesco:

_____
Nombre escrito del representante autorizado: Relación/Parentesco

Número telefónico del representante autorizado que firma este formulario: _____
XXX – XXX – XXXX

Firma de testigo:
Un testigo SOLO se requiere cuando el consentimiento se obtiene por teléfono, incapacidad física para firmar, or la firma es una "marca". Consentimiento por teléfono está sujeto a confirmación de identidad.

_____ _____ _____ _____
Testigo Relación/Parentesco Tiempo Fecha