



El Sistema de Salud de Monte Sinaí

Formulario de Consentimiento Para Ser Voluntario En Un Estudio de Investigación y Autorización Para el Uso y Divulgación de la Información Médica Icahn Escuela de Medicina de Monte Sinaí

Página 6 de 16

Nº de identificación del estudio: 09-2025 Fecha de la versión del formulario: 20151110

Finalmente, si usted acepta a participar en este estudio, es importante para nosotros mantener contacto con usted y saber cómo está usted una vez al año, por teléfono. Si perdiéramos contacto con usted, nos gustaría saber si podemos contactar a su sindicato, para pedirles información que ellos tengan disponible. Sus deseos con respecto a estos aspectos del estudio pueden ser registrados en sus respuestas al cuestionario siguiente.

- 1. ¿Otorga usted su permiso, para coleccionar, almacenar y usar ejemplares de tejidos que usted done, así como ha sido descrito en los párrafos antes mencionados?

(Por Favor escriba sus iniciales ya sea “Si” o “No”) \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

(Si la respuesta a la pregunta # 1 es ‘No’, por favor firme, feche, y escriba su nombre al final de la forma de consentimiento, sin contestar ninguna de las siguientes preguntas, y mándelo de regreso a nosotros.

- 2. ¿Da usted su permiso para que su doctor de cabecera o cirujano nos deje saber cuándo usted va someterse a exámenes quirúrgicos o tratamiento para una enfermedad relacionada a los asbestos mesotelioma?

(Por Favor escriba sus iniciales ya sea “Si” o “No”) \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

- 3. ¿Da usted su permiso para que su sindicato nos deje saber cuándo usted se someta a exámenes quirúrgicos o tratamiento por asbestos o mesotelioma?

(Por Favor escriba sus iniciales ya sea “Si” o “No”) \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ No me aplica

- 4. ¿Nos da usted su permiso para contactar, en el futuro, a sus doctores/ o cualquier centro médico en el que usted haya sido aceptado para tratamiento o diagnóstico de condiciones médicas relacionadas a los asbestos, si hay preguntas sobre su salud que usted no puede contestar, de tal manera que nosotros podamos obtener información sobre su status de salud?

(Por Favor escriba sus iniciales ya sea “Si” o “No”) \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

- 5. ¿Nos da usted permiso para tomar y almacenar 6 cucharaditas de su sangre, si no sobra sangre de la tomada ya sea antes o después de la cirugía, o de la sangre tomada después de la cirugía como parte de su tratamiento clínico de rigor o si su tratamiento no estableciera tomar ejemplares de sangre como parte de su tratamiento clínico de rigor?

(Por Favor escriba sus iniciales ya sea “Si” o “No”) \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

This Section For IRB Official Use Only

This Consent Document is approved for use by an Institutional Review Board (IRB)

Form Approval Date: 1/1/2020

DO NOT SIGN AFTER THIS DATE →

12/31/2020

El Sistema de Salud de Monte Sinaí

Formulario de Consentimiento Para Ser Voluntario En Un Estudio de Investigación y  
Autorización Para el Uso y Divulgación de la Información Médica  
Icahn Escuela de Medicina de Monte Sinaí



Página 7 de 16

Nº de identificación del estudio: 09-2025 Fecha de la versión del formulario: 20151110

6. ¿Nos da usted su permiso para contactarle con el objetivo de explicarle cualquier estudio futuro, de manera que usted este completamente informado antes de dar su aprobación para participar?

(Por Favor escriba sus iniciales ya sea “Si” o “No”) \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

**This Section For IRB Official Use Only**

This Consent Document is approved for use by an Institutional Review Board (IRB)  
Form Approval Date: **1/1/2020** DO NOT SIGN AFTER THIS DATE → **12/31/2020**  
Rev. 4/1/15 IRB Form HRP-502e



Formulario de Consentimiento Para Ser Voluntario En Un Estudio de Investigación y Autorización Para el Uso y Divulgación de la Información Médica Icahn Escuela de Medicina de Monte Sinaí

Nº de identificación del estudio: 09-2025 Fecha de la versión del formulario: 20151110

Sección para la firma para un adulto apto

Su firma a continuación documenta su permiso para tomar parte en este estudio de investigación y para el uso y divulgación de su información de salud protegida. Recibirá una copia firmada y con fecha

NO FIRME ESTE FORMULARIO DESPUES DE ESTA FECHA



12/31/2020

Firma del sujeto

Fecha

Nombre del sujeto

Persona que explica el estudio de investigación y obtiene el consentimiento

Firma de la persona que obtiene el consentimiento

Fecha

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento

Si la persona no puede leer, se requiere que esté presente un testigo para presenciar el proceso y documento de consentimiento a continuación:

. Mi firma a continuación documenta que le explicaron claramente la información en el documento de consentimiento y cualquier otra información escrita al sujeto, y él o ella aparentemente lo ha entendido y dicho consentimiento fue dado libremente por el sujeto

Firma del testigo del proceso de consentimiento

Fecha

Nombre en letra de imprenta de la persona que es testigo del proceso del consentimiento

This Section For IRB Official Use Only

This Consent Document is approved for use by an Institutional Review Board (IRB)

Form Approval Date: 1/1/2020

DO NOT SIGN AFTER THIS DATE ->

12/31/2020

## Hoja de Información de Contacto de Banco de Tejidos

Necesitamos la siguiente información de contacto para acompañar el formulario de consentimiento para ambos propósitos de consentimiento (tenemos que llamar (una vez) para confirmar su consentimiento si usted no se consintiera en persona y comprobar que tenemos su dirección correcta así podemos enviarle una tarjeta de inscripción.

**Información de contacto (por favor imprima):**

<b>Apellido</b>	
<b>Primer Nombre</b>	
<b>Fecha de Nacimiento</b>	
<b>Dirección</b>	
<b>Ciudad, Estado y Código Postal</b>	
<b>Numero de Telefono</b>	
<b>Numero de Telefono alternativo (opcional)</b>	
<b>Reg. No. (si miembro)</b>	

Por favor envíe esta hoja de información junto con su formulario de consentimiento completado:

Professor Andy Todd  
Icahn School of Medicine at Mount Sinai  
1 Gustave L. Levy Place, MAIL STOP 1057  
New York, NY 10029-6574