

Al completar esta información, acepta que nos pongamos en contacto con los médicos y hospitales o instituciones para obtener su historia clínica. He leído y firmado el consentimiento informado para este estudio de investigación, en el que se describe cómo se utilizará mi información médica (sección O: Autorización para usar su información médica para fines de investigación), y por el presente autorizo al Dr. Nikhil Wagle, Dana-Farber Cancer Institute, 450 Brookline Ave, Boston, MA, 02215 o a los miembros del equipo de investigación a examinar copias de mi historia clínica en relación con mi diagnóstico y tratamiento del cáncer. Asimismo, si así lo decidí en el consentimiento informado, los autorizo a obtener muestras del cáncer o de sangre para el estudio. Entiendo que una copia de este formulario completado estará disponible en mi cuenta del proyecto.

Nombre completo:

Fecha (mm/dd/yyyy):