

**Gracias por darnos su consentimiento para participar en el Metastatic Breast Cancer Project.**  
**Para proceder con el estudio, necesitaremos obtener información adicional sobre usted a continuación:**

- 1. Su información de contacto, incluyendo su dirección actual, para que así podamos mandarle un kit para obtener una muestra de su saliva.**
- 2. Nombre e información de su(s) médico(s) que lo/a han tratado durante su experiencia con el cáncer de mama, esta información nos permitirá obtener copias de sus registros médicos.**
- 3. Los nombres de los hospitales/instituciones donde haya tenido biopsias y cirugías, para que podamos obtener muestras de su tumor almacenado, si selecciono esta opción en el consentimiento informado**

*A continuación, esta es la información que usted nos ha proporcionado:*

***SU INFORMACIÓN DE CONTACTO:***

**Primer nombre:**

**Apellido:**

**Dirección:**

**Ciudad:**

**Estado:**

**Código Postal:**

**País:**

**Teléfono:**