

Al completar esta información, acepta que nos pongamos en contacto con los médicos y hospitales o instituciones para obtener la historia clínica de su hijo(a).

He leído y firmado el consentimiento informado para este estudio de investigación, en el que se describe cómo se utilizará la información médica de mi hijo(a) (sección O: Autorización para usar la información médica de su hijo(a) 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 la historia clínica de mi hijo(a) en relación con el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mi hijo(a). Asimismo, si así lo decidí en el consentimiento informado, los autorizo a obtener muestras del cáncer y/o de sangre de mi hijo(a) para el estudio. Entiendo que una copia de este formulario completado estará disponible en mi cuenta del proyecto.

Nombre completo:

Fecha (mm/dd/yyyy):