



415 Main Street  
Cambridge, MA 02142  
T 617-714-7000  
[www.joincountmein.org](http://www.joincountmein.org)

Le agradecemos por dar su consentimiento para participar en este estudio de investigación.

Para completar el proceso y proseguir con el estudio, le solicitamos la siguiente información:

- El nombre y la información de contacto de los médicos que lo atiendan o lo hayan atendido durante el cáncer que padece
- El nombre de los hospitales o instituciones en los que haya recibido tratamiento o en los que se haya realizado procedimientos (como biopsias y operaciones)

Utilizaremos esta información para obtener copias de su historia clínica y, si así lo dispuso en el consentimiento informado, también solicitaremos algunas de sus muestras de cáncer almacenada.

**A continuación, complete los sitios en los que haya recibido atención médica relacionada con el cáncer, incluso las instituciones donde haya recibido tratamiento o se haya realizado procedimientos (como biopsias y operaciones) para el cáncer:**