

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 Diane Diehl, PhD, Count Me In, 415 Main Street, 105B, Cambridge, MA 02142 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):