



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

Le agradecemos por dar su consentimiento para que su hijo(a) participe 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 atiendan a su hijo(a) o lo hayan atendido durante el cáncer que padece
- El nombre de los hospitales o instituciones en los que su hijo(a) haya recibido tratamiento o en los que se haya realizado procedimientos (como biopsias y operaciones)

Utilizaremos esta información para obtener copias de la historia clínica de su hijo(a) y, si así lo dispuso en el consentimiento informado, también solicitaremos algunas de sus muestras de cáncer almacenadas.

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