

Formulario de divulgación de información médica: propio (Proyecto sobre Osteosarcoma)

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(a) atiendan o lo(a) hayan atendido durante sus experiencias con el cáncer.
- 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 tumorales almacenadas.

A continuación, comparta todos los lugares en los que ha recibido atención para su(s) cáncer(es), incluidos:

- Instituciones en las que ha **recibido tratamiento**.
- Instituciones en las que le han realizado **procedimientos** (por ejemplo, biopsias o cirugías) o **estudios por imágenes** (por ejemplo, resonancias magnéticas, radiografías, tomografías computarizadas/tomografías axiales computarizadas, tomografías por emisión de positrones o tomografías computarizadas por emisión de fotón único y/o ecografías).