



**BROAD**  
INSTITUTE



**Dana-Farber**  
Cancer Institute



Count  
Me  
In

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

**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 a la Dra. Katherine Janeway, 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 su diagnóstico y tratamiento del cáncer. Asimismo, si así lo decidí en el consentimiento informado, los autorizo a obtener muestras del tumor 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/aaaa):**

---