

## 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).



**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 su historia clínica.**

He leído y firmado el consentimiento informado para este estudio de investigación, en el que se describe cómo se utilizará mi información médica (sección O: Autorización para usar su información médica 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 mi historia clínica en relación con mi diagnóstico y tratamiento del cáncer. Asimismo, si así lo decidí en el consentimiento informado, los autorizo a obtener muestras tumorales o de sangre para el estudio. Entiendo que una copia de este formulario completado estará disponible en mi cuenta del proyecto.

**Nombre completo:**

---

**Fecha (mm/dd/aaaa):**

---